



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**VIVER SOZINHO DEPOIS DOS 80:  
PERFIL DE SAÚDE E ATITUDES FACE À VIDA SENSÍVEIS  
A CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem,  
na área de Enfermagem Avançada

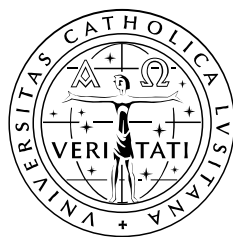
por

Maria Teresa de Mendonça Pinto do Amaral

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2017





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**VIVER SOZINHO DEPOIS DOS 80:  
PERFIL DE SAÚDE E ATITUDES FACE À VIDA SENSÍVEIS  
A CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem,  
na área de Enfermagem Avançada

por

Maria Teresa de Mendonça Pinto do Amaral  
Sob orientação da Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde  
Outubro, 2017



**Dedico este trabalho**

**À memória do meu Pai,** por tudo o que me ensinou!

**À minha Mãe,** pela sua presença e suporte constantes.

**Ao Francisco e à Teresinha,** melhores filhos do mundo, vigilantes e cúmplices durante este percurso e cuja presença na minha vida é o maior desafio de sempre.



## **Agradecimentos**

**À Professora Doutora Margarida Vieira**, pelo conhecimento partilhado, pela escuta, exigência e confiança continuamente demonstradas na orientação deste trabalho.

**À Professora Doutora Beatriz Araújo**, pela disponibilidade sempre presente e pelo incentivo transmitido nos momentos mais difíceis.

**À Universidade Católica Portuguesa**, pelos apoios disponibilizados.

**Às Amigas** Lúcia Rocha, Lúcia Neves, Irene Oliveira, Constança Festas e Isabel Quelhas pela amizade de sempre.

**Aos colegas** do Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Católica Portuguesa, pelo suporte, partilha e proximidade.

A todas as **Pessoas** que vivem sozinhas em idade tão avançada, em particular aos que participaram neste estudo, pela sua coragem e contribuição para a construção deste trabalho.





### *Será Saudade*

*Saudade é um sentir de nostalgia  
Um sofrimento doloroso  
Recordando um passado harmonioso  
Tão belo que na altura então havia*

*Agora recordando o dia-a-dia  
De outrora que foi maravilhoso  
Me resta um viver triste e mais penoso  
Que fere e me dá mais melancolia*

*Passado, quando bom ninguém lamenta  
E serve para nós o compararmos  
Com a saudade presente que o atormenta  
E já que ela quer e não se ausenta  
Só resta uma saída  
Continuarmos, vivendo como ela se apresenta.*

(Autor: um dos participantes do estudo, que teve a amabilidade de nos disponibilizar este seu soneto, querendo no entanto manter o anonimato)



## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

- AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- AVD - Atividades da Vida Diária
- CE - Comissão Europeia
- DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- EPAV - Equipas de Proximidade e de Apoio à Vítima
- EUA – Estados Unidos da América
- ICS - Instituto de Ciências da Saúde
- OARS - Older Americans Resources and Services
- OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- PSP - Polícia de Segurança Pública
- QV - Qualidade de Vida
- RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
- SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
- SF 36 - Short-Form Health Survey
- SPMSQ - Short Portable Mental Status Questionary
- UCP - Universidade Católica Portuguesa
- WHOQOL - World Health Organization Quality of Life Group
- WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life Older Adults Module Group
- Nº - Número
- P - Participante



## RESUMO

O aumento da população idosa nos países desenvolvidos é hoje uma realidade e tema de debate e preocupação, confrontando-nos com um cenário de envelhecimento demográfico a par de um aumento do número de idosos a viverem sozinhos em idade avançada. Com toda a vulnerabilidade que o processo de envelhecimento acarreta, em muitas situações já não é mais seguro viver sozinho. Partilhando destas preocupações, o presente estudo teve como objetivo geral explicar o processo de viver sozinho depois dos 80 envelhecendo e identificar as estratégias utilizadas pelas pessoas para a concretização do seu projeto de saúde, por forma a planear intervenções de enfermagem que as ajudem a viver com mais saúde, mais qualidade de vida e maior autonomia, durante mais tempo.

Foi realizado um estudo assente no paradigma qualitativo, utilizando especificamente a abordagem designada por *Grounded Theory*. Fomos assim ao encontro de 30 pessoas com mais de 80 anos a viverem sozinhas em sua casa, utilizando como principal estratégia de colheita de dados a entrevista semi-dirigida. Foi também aplicado um formulário de colheita de dados para caracterização sociodemográfica, que incluiu alguns instrumentos de avaliação para melhor caracterizar a amostra. Procedemos à análise dos dados colhidos através do método das comparações constantes.

Verificou-se que o processo de viver sozinho depois dos 80 envelhecendo, é modulado por condições contextuais deste “arranjo familiar” e por condições influenciadoras traduzidas em cinco áreas principais: as características pessoais e a autonomia, o suporte familiar, o estado de saúde, a situação financeira e a espiritualidade. Por sua vez as condições contextuais serão determinantes das estratégias adotadas, conducentes à manutenção da saúde e qualidade de vida pelo maior tempo possível, permitindo manterem-se a viver sós nas suas casas. Emergiram da análise indutiva dos dados três atitudes diferentes face à vida depois dos 80: os *Independentes*, os *Resignados* e os *Amargurados*, tendo em consideração as possibilidades de perfis de saúde: os vulneráveis e os resilientes, com implicações específicas para a enfermagem. O conhecimento dos enfermeiros acerca deste processo facilitará uma prática de enfermagem adequada e específica de acordo com as diferentes atitudes face à vida daqueles que envelhecem sozinhos na comunidade depois dos 80.

**PALAVRAS-CHAVE:** Envelhecimento; Viver Sozinho; Saúde; Autonomia; Cuidados de Enfermagem.



## ABSTRACT

The increase of the elderly population in developed countries is now a reality and a topic of debate and concern, confronting us with a scenario of demographic aging along with an increase in the number of elderly people living alone in old age. With all the vulnerability that the aging process entails, in many situations it is no longer safe to live alone. Sharing these concerns, the goal of this study was to explain the process of living alone over the age of 80 and to identify the strategies used by people to achieve their health project, in order to plan nursing interventions that helps them live with more health, more quality of life and greater autonomy, for longer.

The study was based on the qualitative paradigm, specifically using the approach called Grounded Theory. We were thus to meet 30 people over 80 years old living alone in their home, using the semi-directed interview as the main data collection strategy. A data collection form was also applied for sociodemographic characterization, which included some evaluation tools to better characterize the sample. We proceeded to the analysis of the collected data through the method of constant comparisons.

It was verified that the process of living alone over the age of 80 is modulated by contextual conditions of this “living arrangement” and by influencing conditions translated into five main areas: personal characteristics and autonomy, family support, health status, financial situation and spirituality. In turn, the contextual conditions will be determinant of the adopted strategies, conducive to the maintenance of health and quality of life for the longest possible time, allowing them to remain living alone in their houses. Three different attitudes to life of those who live alone over the age of 80 emerged from the inductive analysis of the data: *the Independent*, *the Resigned* and *the Bitter*, taking into account the possibilities of health profiles: the vulnerable and the resilient, with specific implications for nursing.

Nurses' knowledge about this process will facilitate an adequate and specific nursing practice according to the different attitudes towards life of those who grow old in the community over the age of 80.

**KEY WORDS:** Aging; Living alone; Health; Autonomy; Nursing care





## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. O ENVELHECIMENTO, SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E AUTONOMIA .....</b>	<b>6</b>
<b>2. ENVELHECER SÓZINHO EM CASA DEPOIS DOS 80 E O PROJETO DE SAÚDE: A PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO II – A METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
<b>1. O DESENHO DO ESTUDO .....</b>	<b>29</b>
<b>2. A AMOSTRA.....</b>	<b>36</b>
<b>3. TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>4. A ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>6. CRITÉRIOS DE APRECIACÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>7. ATRIBUTOS DOS PARTICIPANTES.....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO III – DO PROCESSO DE ENVELHECER SOZINHO DEPOIS DOS 80: OS RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
<b>1. CONDIÇÕES CONTEXTUAIS .....</b>	<b>66</b>
<b>1.1. A desagregação da família .....</b>	<b>66</b>
<b>1.2. Quando é inevitável envelhecer sozinho depois dos 80.....</b>	<b>70</b>
<b>1.3. Quando a família tem outras prioridades e se resignam a envelhecer sozinhos depois dos 80 .....</b>	<b>72</b>
<b>1.4. Quando a vida depois dos 80 oferece outras opções: “A busca da independência” .....</b>	<b>74</b>
<b>1.5. Como olham a possibilidade da ida para um Lar.....</b>	<b>81</b>
<b>2. CONDIÇÕES INFLUENCIADORAS .....</b>	<b>84</b>
<b>2.1. As características pessoais e a autonomia .....</b>	<b>84</b>
<b>2.2. O suporte familiar.....</b>	<b>90</b>

2.3. O estado de saúde.....	108
2.3.1. Os problemas e as preocupações .....	114
2.4. A situação financeira .....	123
2.5. A espiritualidade .....	126
<b>3. ÂMBITO DAS ESTRATÉGIAS PARA SE MANTEREM A ENVELHECER SÓS DEPOIS DOS 80.....</b>	<b>134</b>
3.1. Da saúde.....	134
3.2. Das relações sociais .....	142
3.3. Da espiritualidade: a procura da transcendência.....	148
<b>CAPÍTULO IV – A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>153</b>
1. DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS DO PROCESSO DE ENVELHECER SOZINHO DEPOIS DOS 80 .....	155
2. DAS ATITUDES FACE À VIDA DE QUEM VIVE SÓ DEPOIS DOS 80 .....	160
2.1. Os Independentes.....	160
2.2. Os Resignados .....	177
2.3. Os Amargurados .....	183
3. DOS PROBLEMAS E PREOCUPAÇÕES COMUNS DE QUEM ENVELHECE SÓ DEPOIS DOS 80.....	191
<b>CAPÍTULO V – AS ÁREAS SENSÍVEIS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM .....</b>	<b>197</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>221</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>227</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>243</b>
ANEXO 1 – Formulário de colheita de dados.....	245
ANEXO 2 – Autorização Teste Curto de Pfeiffer.....	261
ANEXO 3 – Consentimento informado .....	265

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Ilustração da Categoria “Envelhecer sozinho depois dos 80: condições contextuais” e das suas subcategorias. ....	83
Figura 2 - Ilustração da subcategoria "As características Pessoais e a Autonomia"..	89
Figura 3 - Ilustração da subcategoria "O suporte familiar".....	108
Figura 4 - Ilustração da subcategoria: “O Estado de Saúde”.....	113
Figura 5 - Ilustração das “Preocupações relacionadas com a Saúde” de quem vive só depois dos 80.....	122
Figura 6 -Ilustração da subcategoria “A Situação Financeira”.....	126
Figura 7 - Ilustração da subcategoria “A Espiritualidade”.....	133
Figura 8 – Ilustração da subcategoria “Estratégias no âmbito da saúde”. ....	142
Figura 9 - Ilustração da subcategoria “Estratégias: âmbito das “relações sociais”..	148
Figura 10 - Ilustração da subcategoria “Estratégias: âmbito da espiritualidade”.....	151
Figura 11- Atitudes face à vida depois dos 80: as implicações para a enfermagem	219

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição percentual da população por grupos etários - cenário central 1980-2060 (estimativas e projeções). Fonte - INE (2009). .....	8
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo o número de medicamentos que toma diariamente. ....	56

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- População residente: total e por grandes grupos etários (%). Fonte: PORDATA (atualização 2017-02-08).....	6
Quadro 2 - Índice de envelhecimento da população portuguesa em 2001/2015. Fonte: PORDATA (atualização 2016-06-06).....	7
Quadro 3 - Índice de longevidade da população portuguesa em 2001/2015. Fonte: PORDATA (atualização 2016-06-06).....	7
Quadro 4 - Esperança de vida à nascença: total e por sexo em 2001/2014. Fonte: PORDATA (atualização 2017-03-23).....	7
Quadro 5 - População residente: total e por grupo etário, a partir dos 65 anos. Fonte: PORDATA (última atualização 2017-02-03). ....	9
Quadro 6 - População residente: total e por grupo etário a partir dos 65 anos, no Município do Porto, 2015. Fonte: PORDATA (atualização 2016-06-16). ....	38

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra. ....	54
Tabela 2 – Caracterização dos participantes relativa a aspetos da saúde. ....	55
Tabela 3 - Distribuição dos medicamentos segundo o Grupo Farmacológico. ....	57
Tabela 4 - Distribuição das patologias dos participantes segundo a Classificação Internacional de Doenças. ....	58
Tabela 5 - Avaliação da função cognitiva segundo o SPMSQ. ....	59
Tabela 6 - Avaliação funcional segundo o Índice de Lawton & Brody. ....	59
Tabela 7 - Pontuações e médias da SF-12 e dos componentes. ....	60
Tabela 8 - Resultados das facetas do WHOQOL-OLD. ....	61
Tabela 9 - Relação entre a WHOQOL-OLD e as suas dimensões e o género. ....	62
Tabela 10 – Resultados das subescalas da Escala de Bem-Estar Espiritual. ....	63
Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo o Bem-Estar Espiritual e o género. ....	64
Tabela 12 – Categorias e Subcategorias resultantes da análise comparativa constante. ....	65
Tabela 13 - Problemas relacionados com a Saúde das pessoas que envelhecem só depois dos 80. ....	119
Tabela 14 - Eventos que conduzem à formação de domicílios unipessoais. ....	157
Tabela 15 - Sistematização das atitudes face à vida depois dos 80 em torno das condições contextuais, condições influenciadoras e estratégias adotadas. ....	203

## INTRODUÇÃO

O agravamento do fosso entre jovens e idosos, com projeções para a população residente em Portugal 2008-2060, que apontam para que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem, faz antever um cenário com implicações na forma como se vai envelhecer. Sabemos ainda que para esta tendência de envelhecimento demográfico contribuirá sobretudo a população com 80 e mais anos de idade que poderá vir a ser de 12,7 a 15,8% em 2060, contra 4,2% em 2008 (INE, 2009). Os dados dos censos 2011 atualizados em 2015 apontam ainda para um número significativo de idosos a residirem sós, em Portugal Continental (cerca de 20% da população), sendo mais de 600 000, com idade superior a 80 anos (PORDATA/INE 2017).

Preocupa-nos assim como viverá esta população o seu projeto de saúde, encontrando-se sozinhos em idade tão avançada uma vez que sabemos que é nesta faixa etária que a vulnerabilidade mais se acentua, podendo trazer mudanças em particular no estado de saúde e participação na vida social com um risco aumentado de desenvolver doenças e implicações em termos de autonomia e de maior dependência (Cabral, et al., 2013). Sabemos no entanto, que apesar da maior parte das pessoas idosas apresentarem múltiplos problemas de saúde, tal não implica necessariamente dependência, não se podendo por isso falar de um idoso “típico”, dado que existem diferenças substanciais em pessoas com a mesma idade no que se refere ao estado de saúde, participação e níveis de independência (WHO, 2012; WHO, 2015). Interessam-nos assim de um modo particular estas diferenças e compreender como uns e outros vivenciam o seu projeto de saúde em idade mais avançada quando se encontram sós. Colocam-se assim diversas questões: que eventos conduzem a pessoa a encontrar-se só em idade tão avançada? Como olham para esta condição? De que forma esta condição influencia o processo de envelhecer e o projeto de saúde? Com que problemas e preocupações se confrontam? Como fazem para lidar com eles? Estas

inquietações constituem então o ponto de partida desta investigação que tem como finalidade conhecer as estratégias a que recorrem as pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos, para concretizarem o seu projeto de saúde, para que desta forma os enfermeiros as possam ajudar de acordo com as suas necessidades, a manterem-se independentes e autónomos pelo maior tempo possível. Apesar de termos encontrado diversos estudos que nos permitiram sistematizar alguns resultados relativos à pessoa idosa que vive sozinha, julgamos importante fazer uma análise situacional que reúna as diversas vertentes deste processo de envelhecer só em idade avançada, pelo que decidimos avançar com o presente estudo, esboçando uma pergunta que inicia a investigação e incide no foco de estudo: Como é que as pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos concretizam o seu projeto de saúde? Pretendeu-se com a resposta a esta questão, chegar a uma explicação do processo de viver sozinho depois dos 80 envelhecendo e identificar as estratégias utilizadas pelas pessoas para a concretização do seu projeto de saúde, por forma a planear intervenções de enfermagem que as ajudem a viver com mais saúde, mais qualidade de vida e maior autonomia, durante mais tempo.

Após a revisão da literatura inicial relacionada com o tema a investigar, ficamos cientes de que pretenderíamos melhor explicar do ponto de vista teórico, o processo de envelhecer sozinho em suas casas depois dos 80, considerando-se pertinente tomar como referência metodológica a *Grounded Theory*, também designada “*Teoria Fundamentada*” a qual consiste numa abordagem qualitativa, utilizada para explorar e descrever processos sociais v.s. interações humanas (Maroy, 2011).

Na investigação qualitativa, como processo indutivo que é, “*a investigação emana do terreno*” (Livta, et al., 2004 p. 138), pelo que a problematização foi feita também nesta lógica indutiva, não se efetuando a partir da estruturação de conceitos e proposições gerais, mas sim pela formulação iterativa de questões que surgem do sentido dado a uma situação concreta (Chevrier, 2003). Nesta lógica, o autor considera que a especificação da problemática deve fazer-se de acordo com as seguintes etapas: 1) o problema é provisório e surge duma situação que comporta um fenómeno particular interessante, 2) a questão de investigação formulada permitirá a escolha de uma metodologia adequada, 3) as interpretações elaboradas serão baseadas nos dados colhidos e na sua análise indutiva, 4) o problema e/ou questão de investigação serão



reformulados em função da tomada de consciência efetuada no decurso da colheita e da análise preliminar dos dados.

Também o modo como foi expressa a nossa a questão de investigação original nos levou a examinar os dados numa determinada perspetiva e a usar determinadas técnicas específicas de colheita de dados e métodos de análise dos dados o que nos ajudou a clarificar o acento do projeto de investigação e a focarmo-nos, mesmo quando existiram imensos dados (Strauss, et al., 1998). Os autores consideram ainda que muitas vezes, a questão de investigação nos estudos qualitativos é alargada e aberta, tendendo a refinar-se e a tornar-se mais específica à medida que a investigação progride e os resultados e problemas a investigar emergem. Na verdade, a nossa questão é ampla, estando conscientes de que à medida que a colheita e análise dos dados prosseguir, o foco do estudo poderá mudar de acordo com a teoria emergente, percebendo-se assim que a questão de investigação poderá ser refinada e aperfeiçoada ao longo do processo de investigação.

Foi também nossa preocupação ter como objeto de estudo um processo presente no domínio dos cuidados de enfermagem, que nos conduza à descoberta e ao desenvolvimento de saberes próprios da disciplina de enfermagem (como não poderia deixar de ser no âmbito de um Doutoramento em Enfermagem). Apesar da diversidade e mudança, os cuidados continuam a ser a razão de ser da profissão, o centro, a sua essência, constituindo o seu motor.

Organizamos assim a estrutura do presente estudo, em cinco capítulos que permitem uma apresentação melhor ordenada do nosso percurso investigativo.

Surge assim um primeiro capítulo dedicado à contextualização da problemática, revendo aspetos que se prendem com envelhecimento em termos demográficos e lançando um olhar atual para este processo, procurando ainda clarificar os conceitos de saúde, qualidade de vida e autonomia a ele associados. Enquadramos ainda o que se tem estudado sobre envelhecimento no âmbito do doutoramento em enfermagem da instituição onde nos encontramos a desenvolver esta investigação bem como alguns estudos nacionais e internacionais relativos às pessoas que envelhecem sozinhas em suas casas em idade avançada, de modo a formular os objetivos e a finalidade que se pretende com o presente estudo.

O segundo capítulo é ocupado pelo estudo de campo, iniciando-se pelo enquadramento metodológico, onde são apresentadas justificações da adequação do método e a sua operacionalização através da clarificação da forma como decorreram as etapas de colheita e análise dos dados.

A apresentação dos dados por nós analisados encontra-se no terceiro capítulo, organizados em torno das categorias que emergiram ao longo deste processo.

O quarto capítulo contempla a discussão dos resultados a que chegamos, procurando comparar a teoria emergente com a literatura existente e por nós revista acerca do tema central do presente estudo, por forma a perceber as similaridades e diferenças.

Termina com o quinto capítulo em que é efetuada uma síntese e reflexão relativa às principais conclusões a partir das quais decorrem sugestões quanto às implicações para a prática de enfermagem no que diz respeito às diferentes atitudes face à vida depois dos 80, que emergiram do estudo do processo de envelhecer sozinho em suas casas depois dos 80.

Gostaríamos ainda de fazer referência à produção do relatório de investigação, cujos primeiros pensamentos se começaram a escrever, praticamente desde o início do estudo, à medida que os dados chegavam e começavam a ser examinados, uma vez que numa *Grounded Theory*, o relatório de investigação apresenta a teoria que é substantiada pelos dados que a apoiam, a partir das notas de campo, devendo por isso apresentar as fontes de dados, a forma como foram obtidos e como os conceitos foram integrados, devendo refletir a teoria de modo que uma pessoa estranha compreenda o seu significado e aplique os seus conceitos (Streubert, et al., 2002).

O documento que se apresenta revela o percurso de investigação realizado no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem Avançada do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), que teve como tema central o processo de envelhecer sozinho em suas casas, depois dos 80 anos: perfis de saúde e atitudes face à vida sensíveis aos cuidados de enfermagem.

## **CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO**

Com a finalidade de contextualizar a investigação em curso, partimos para uma revisão da literatura inicial e atualizada de modo a justificar a problemática e a apresentar o que já é conhecido ou ainda se desconhece sobre o tema. Procuraremos no entanto na fase de trabalho de campo ter o distanciamento necessário relativamente à mesma para desta forma não o condicionar.

Numa fase posterior de análise dos dados e à medida que forem emergindo as categorias que explicam o processo de envelhecer só depois dos 80, retornaremos à procura de estudos que nos possibilitem a discussão dos dados e apontar para as conclusões deste percurso de investigação.

Neste capítulo procuraremos contextualizar o envelhecimento em termos demográficos e lançar um olhar atual para este processo por parte de organizações com responsabilidades sociais e políticas relativamente ao mesmo. Clarificaremos também os conceitos de saúde, qualidade de vida e autonomia a ele associados. Por último apresentaremos o que se tem estudado recentemente acerca do envelhecimento e da pessoa idosa, no âmbito do doutoramento em enfermagem da instituição onde nos encontramos a desenvolver esta investigação e das demais instituições a partir dos repositórios Veritati e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), bem como alguns estudos nacionais e internacionais que ajudaram a contextualizar a problemática relativa às pessoas que envelhecem sozinhas em suas casas com idade avançada, de modo a formular os objetivos e o resultado que se pretende com o presente estudo.

## 1. O ENVELHECIMENTO, SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E AUTONOMIA

O aumento da população idosa nos países desenvolvidos é hoje uma realidade e tema de debate e preocupação, estando particularmente relacionado com a redução da taxa de natalidade e a melhoria das condições de vida das populações, maior controlo de doenças e acesso aos cuidados de saúde, com consequente aumento na esperança de vida.

Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até aos 60 anos e mais, sendo o ritmo de envelhecimento da população muito mais rápido que no passado (WHO, 2015). Crescem deste modo as lacunas entre as experiências de longevidade e saúde nas idades mais avançadas, com a previsão de que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais aumente para quase o dobro entre 2010 e 2050 e que nenhum grupo etário cresça mais rápido que o das pessoas com 80 anos ou mais (WHO, 2012).

Portugal também apresenta transformações demográficas, as quais de acordo com as últimas estimativas anuais da população residente, total e por grandes grupos etários (%), se traduzem nas últimas décadas num agravamento acentuado do fosso entre jovens e idosos, tendo vindo a recuar a percentagem de jovens para 14,2% e crescido a de idosos para 20,5% (Quadro 1).

Anos	Grandes grupos etários			
	Total	0-14	15-64	65+
1971	100,0	28,5	61,8	9,7
2015	100,0	14,2	65,3	20,5

Quadro 1- População residente: total e por grandes grupos etários (%). Fonte: PORDATA (atualização 2017-02-08).

Quanto ao índice de envelhecimento da população em 2015, foi de 143,9 (101,6 em 2001), o que significa que por cada 100 jovens, existem 144 idosos (Quadro 2).

Anos	Índice de envelhecimento
<b>2001</b>	101,6
<b>2015</b>	143,9

Quadro 2 - Índice de envelhecimento da população portuguesa em 2001/2015. Fonte PORDATA (atualização 2016-06-06).

No que se refere ao índice de longevidade que relaciona a população com 75 ou mais anos, com o total da população idosa, aumentou de 41,9 em 2001 para 49 em 2015 (Quadro 3).

Anos	Índice de longevidade
<b>2001</b>	41,9
<b>2015</b>	49,0

Quadro 3 - Índice de longevidade da população portuguesa em 2001/2015. Fonte PORDATA (atualização 2016-06-06).

Também a esperança de vida à nascença em 2014, foi de 80,4 anos (76,7 em 2001), continuando a mesma a ser superior para as mulheres, as quais podem esperar viver 83,2 anos e os homens 77,4 anos (Quadro 4).

Anos	Ano (idade) – Média		
	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
<b>2001</b>	⊥ 76,7	⊥ 73,3	⊥ 80,1
<b>2014</b>	80,4	77,4	83,2

Quadro 4 - Esperança de vida à nascença: total e por sexo em 2001/2014. Fonte: PORDATA (atualização 2017-03-23).

A manutenção para esta tendência de envelhecimento demográfico é apontada pelas Projeções de população residente em Portugal 2008-2060, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem. Estima-se ainda que a percentagem da população com 65 anos ou mais será de 32,3% e um índice de envelhecimento de 271 idosos por cada 100 jovens, mais do dobro do que o verificado nos Censos de 2011. É ainda considerado que para tal cenário contribuirá sobretudo a população com 80 e mais anos de idade que poderá vir a ser de 12,7 a 15,8% em 2060, contra 4,2% em 2008 (Gráfico 1), resultando esta evolução sobretudo do aumento da esperança média de vida (INE, 2009).

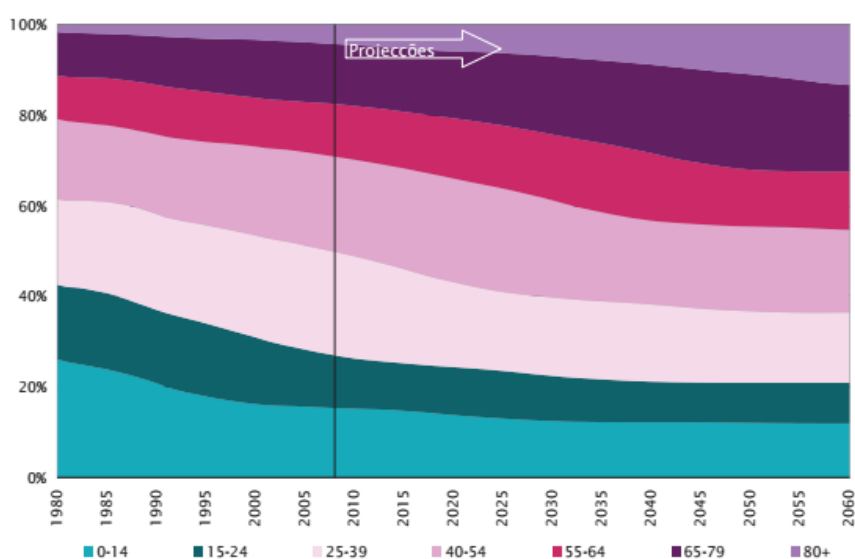


Gráfico 1- Distribuição percentual da população por grupos etários - cenário central 1980-2060 (estimativas e projeções). Fonte - INE (2009).

Especificando a população das pessoas com mais de 65 anos, esta representa em Portugal Continental mais de 2 milhões (cerca de 20% da população) e destes mais de 600 000, têm idade superior a 80 anos o que naturalmente se traduz em acentuadas repercussões sociais, económicas e culturais (Quadro 5).

Anos	Grupos etários					
	Total	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
<b>2015</b>	10.358.076	590.041	491.917	436.026	337.522	267.490

Quadro 5 - População residente: total e por grupo etário, a partir dos 65 anos. Fonte: PORDATA (última atualização 2017-02-03).

O fenómeno do envelhecimento demográfico constitui portanto um lugar de relevo para várias disciplinas do conhecimento, pelos grandes desafios futuros que coloca ao desenvolvimento económico e social, despertando também um particular interesse na investigação em enfermagem, sendo diversas as vertentes em que tem sido estudado.

O envelhecimento humano pode ser definido como *“o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”* (DGS, 2004 p. 3), não sendo considerado um problema mas antes uma parte natural do ciclo de vida, influenciado por determinantes individuais do foro biológico, genético e psicológico mas também relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais.

Por princípio, o envelhecimento é um fenómeno positivo quer para a pessoa quer para a sociedade e é o resultado dos progressos em termos económicos, sociais e biomédicos que permitiram o desenvolvimento de políticas públicas de acesso aos cuidados de saúde por parte da população em geral. No entanto, viver mais pode trazer mudanças em particular no estado de saúde e participação na vida social. Com o avançar da idade, o risco de desenvolver doenças aumenta consideravelmente, implicando problemas de autonomia e de maior dependência de apoios familiares e sociais, podendo acentuar riscos relacionados com a vulnerabilidade do estado de saúde, isolamento social e solidão e mesmo estigmatização (Cabral, et al., 2013). É habitual associar ao idoso uma perceção social negativa e de incapacidade, sabendo-se ainda, que existe uma prevalência elevada de doença crónica, predominando a multimorbilidade que conduz ao aumento dos custos e a uma maior procura de recursos sociais e de serviços de saúde (Lopes, et al., 2013). Mas a idade cronológica não constitui uma marca precisa para as alterações que acompanham o envelhecimento, existindo diferenças substanciais em pessoas com a mesma idade no que se refere ao estado de saúde, participação e níveis de independência (WHO, 2002),

sendo a saúde o resultado do estilo de vida adotado, da exposição ao ambiente que nos rodeia e dos cuidados de saúde que se recebem (DGS, 2004). No Relatório Mundial de Envelhecimento de 2015, é ainda considerado que apesar da maior parte das pessoas com idade avançada apresentarem múltiplos problemas de saúde, tal não implica dependência, não existindo por isso um idoso “típico” e não estando por isso a perda de habilidades comumente associada ao envelhecimento, relacionado com a idade cronológica (WHO, 2015).

Sem dúvida que o tema do envelhecimento é uma preocupação internacional, em termos de políticas públicas vocacionadas para a resolução dos problemas a ele associados, podendo observar-se inúmeras iniciativas por parte de organizações tais como a Organização das Nações Unidas (ONU) através da Organização Mundial de Saúde (OMS), até à Comissão Europeia (CE) passando pela Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE).

Diversos eventos marcaram um ponto de viragem. Em Agosto de 1982, na Áustria, realizou-se a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, de que resultou o 1º Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, que permitiu orientar políticas e programas no seu âmbito, em áreas diversas tais como condição de saúde, proteção, meio ambiente, habitação, bem-estar social, família, emprego e educação. Este Plano teve como principais objetivos fortalecer a capacidade dos países para fazer frente às necessidades específicas das suas populações idosas e ainda promover uma resposta internacional às questões que se prendem com o envelhecimento através de um plano de ação com uma nova visão económica internacional e maior cooperação técnica, particularmente dos países em desenvolvimento (ONU, 1983).

A 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizou-se em Abril de 2002, em Madrid, da qual resultaram recomendações detalhadas quanto à formulação de planos de ação para promover o envelhecimento ativo em torno de três pilares: saúde, participação e segurança.

O conceito de envelhecimento ativo foi avançado pela OCDE em 1998 e considerado como *“a capacidade de as pessoas que avançam em idade, levarem uma vida produtiva na sociedade e na economia. Isto significa que as pessoas podem elas próprias determinar a forma como repartem o tempo de vida entre atividades de*



*aprendizagem, de trabalho, de lazer e de cuidados aos outros*” (OCDE, 1998 p. 92). É realçada a importância de a pessoa se manter ativa através duma desvinculação gradual da vida laboral. Na definição proposta pela OMS em 2002, o envelhecimento ativo é “*o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem*”, permitindo desta forma realizar o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida e a participar na sociedade de acordo com as suas necessidades, objetivos e capacidades, proporcionando-lhes proteção adequada, segurança e assistência quando dela necessitem. (WHO, 2002 p. 12). O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável, que mantenha a autonomia e a independência à medida que se envelhece, bem como a qualidade de vida, a qual é central nesta definição, não se devendo considerar o envelhecimento ativo apenas um conceito teórico, mas sim, procurar a sua operacionalização de modo a permitir que os idosos contribuam com o seu conhecimento para o benefício da sociedade. Neste documento elaborado pela OMS, o termo “*ativo*” é referido não apenas no que diz respeito à capacidade para estar fisicamente ativo ou a participar na força de trabalho mas também à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais e ainda espirituais (p. 12)

Ainda de acordo com este organismo, considerou-se ser importante compreender os determinantes que influenciam o envelhecimento ativo, no sentido de desenhar políticas e programas eficazes no que diz respeito a políticas de saúde para as pessoas idosas, a serem implementadas pelos programas nacionais de saúde de todo o mundo, na primeira década do século XXI. A cultura e o género foram considerados determinantes transversais, sendo para além destas, descritos outros seis grupos de determinantes: 1) Saúde e Serviços Sociais (promoção da saúde e prevenção da doença; serviços de saúde; cuidados continuados; cuidados de saúde mental) 2) Comportamentais (uso de tabaco; atividade física, alimentação saudável; saúde oral, álcool; medicação) 3) Pessoais (Biologia e Genética, fatores psicológicos) 4) Ambiente Físico (“ambiente amigável”; habitação segura; quedas; água limpa, ar puro e alimentos seguros) 5) Sociais (suporte social; violência e abusos; educação e literacia) 6) Económicos (rendimentos, proteção social, trabalho) (WHO, 2002).

A União Europeia declarou também o ano de 2012, como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, com o grande objetivo de

sensibilizar para o contributo da pessoa idosa na sociedade e para a importância da solidariedade entre gerações. Esta organização elaborou um documento: “*How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors*”, onde são exploradas diversas áreas relacionadas com o envelhecimento ativo como o emprego, a participação na sociedade, a saúde e uma vida independente e por último a solidariedade entre gerações (EU, 2011).

Para abordar os desafios do envelhecimento de forma mais holística, foi apresentado um trabalho na Conferência *Older adults in community: capacities and engagement for ageing-in-place*, cujo plano de ação visa maximizar a produtividade na longevidade, permitindo que os Cingapurianos permaneçam ativos pelo maior tempo possível, a nível económico, cognitivo e social e possam viver de forma autónoma, envelhecendo ativamente e com dignidade, mesmo quando se tornam fisicamente mais frágeis, ao mesmo tempo que aumentam a oferta de cuidados em avanços tecnológicos, servindo este plano de ação para abordar áreas abrangentes que incluem saúde e bem-estar; empregabilidade ao longo da vida; aprendizagem ao longo da vida; comprometimento social e voluntariado; serviços de cuidados com idosos e ainda casas e transportes altamente favoráveis (Shing, 2015).

Em Portugal, a questão do envelhecimento ativo foi também introduzida no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, publicado pelo Ministério da Saúde em 2004, o qual apresenta como finalidade “*contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a atuação sobre os determinantes da perda da autonomia e de independência*” (DGS, 2004 p. 14). Este programa inclui três grandes estratégias de intervenção, sendo uma delas a área do envelhecimento ativo, com recomendações no sentido de informar e formar as pessoas idosas no que diz respeito aos seguintes aspetos: prática da atividade física, estimulação das funções cognitivas, gestão do ritmo sono-vigília, nutrição, hidratação, alimentação e eliminação e ainda manutenção de um envelhecimento ativo, nomeadamente na fase da reforma.. As outras duas estratégias de intervenção que fazem parte deste plano são a área da organização e prestação de cuidados de saúde e a promoção de ambiente facilitador da autonomia e da independência (DGS, 2004).

O Relatório Mundial de Envelhecimento de 2015 fala-nos do Envelhecimento Saudável e para o enquadrar define e diferencia dois conceitos considerados

relevantes: a capacidade intrínseca e o ambiente. O primeiro diz respeito à totalidade das capacidades físicas e mentais em que o indivíduo se pode apoiar em qualquer momento, sendo este apenas um dos fatores que vai determinar o que uma pessoa mais velha pode fazer. O segundo refere-se ao ambiente em que vive e com que interage, os quais possibilitam uma gama de recursos ou barreiras que determinarão se um indivíduo com determinadas capacidades pode fazer o que considera importante. Esta combinação e interação das capacidades do indivíduo com o seu ambiente determinam a sua capacidade funcional, considerada como os atributos relacionados com a saúde que permitem que a pessoa seja ou faça o que valoriza. Com base nestes pressupostos, o envelhecimento saudável consiste no processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, sendo no entanto importante compreender que nem a capacidade intrínseca nem a funcional permanecem constantes, sendo as escolhas do indivíduo e as intervenções em diferentes momentos do curso de vida de cada um, determinantes para que esta experiência de envelhecimento saudável se torne mais ou menos positiva (WHO, 2015). O estudo realizado no Brasil com o objetivo de identificar o perfil de envelhecimento saudável de idosos a residir nos seus domicílios, refere que o conceito de envelhecimento saudável utilizado englobou a boa perceção de saúde, a independência nas Atividades da Vida Diária (AVD), a ausência de défice cognitivo, boa mobilidade, ausência de morbilidades e ainda estilo e hábitos de vida saudáveis como não fumar nem beber álcool (Campos, et al., 2016).

Sendo assim, o envelhecimento saudável não é apenas a ausência de doença, ganhando a manutenção da capacidade funcional especial relevo o que implica uma atenção integrada e centrada nas necessidades destas pessoas, considerando sempre que uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso que proporciona a oportunidade de repensar o que se pode ser.

No entanto, a amplitude das oportunidades que este aumento da longevidade pode propiciar irá depender de um fator fundamental: a saúde, um direito humano crucial para que a pessoa se desenvolva e realize.

Deste modo, como referimos no início deste capítulo, partimos agora para a clarificação de alguns conceitos associados ao envelhecimento e que se encontram intimamente ligados à temática da presente investigação. São eles os conceitos de saúde, qualidade de vida e autonomia.

## A saúde

A saúde é conceptualizada em 1946 pela OMS como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade”* (WHO, 1948). Esta definição marca deste modo a rotura com um modelo médico tradicional definindo a saúde pela positiva, apresentando determinadas características ao contrário da ausência de outras (Pais-Ribeiro, 2005). Em 1986, a OMS acrescenta a este conceito, o meio ambiente, propondo a partir daí uma perspetiva mais ecológica que foi ganhando cada vez maior peso em que a saúde é entendida como um estado final de equilíbrio e um processo de adaptação do indivíduo às ameaças do ambiente. Em 1998, foi ainda reconhecida a dimensão espiritual, tornando o conceito ainda mais dinâmico. (WHO, 1998).

Quando falamos da pessoa idosa e do envelhecimento, obrigatoriamente se impõe a sua condição de saúde e embora por vezes se assuma que o aumento da longevidade está também a ser acompanhado por um período mais alargado de boa saúde, isto ainda não é evidente. De acordo com a OMS, não podemos na atualidade dizer que a saúde precária acompanha a idade avançada, sendo hoje em dia a maioria dos problemas de saúde dos mais idosos associados a doenças crónicas, podendo muitas delas ser prevenidas ou retardadas através da adoção de comportamentos saudáveis. Por outro lado, quando estas surgem e são detetadas precocemente, poderão ser controladas e mesmo quando conduzem ao declínio em termos da capacidade da pessoa, o ambiente de apoio poderá permitir que viva com dignidade e crescimento pessoal contínuo. É também referido já não existir a pessoa tipicamente velha, sendo a população idosa caracterizada por grande diversidade, podendo uma pessoa com mais de 80 anos apresentar capacidades comparáveis à de jovens com 20 e alguns com 60 anos precisarem de ajuda para realizar tarefas simples. Relewa ainda que a idade avançada não implica necessariamente dependência, sendo pois importante olhar para a saúde da população idosa não pela presença ou ausência de doença mas em termos do impacto que essas condições têm sobre a sua funcionalidade e bem-estar (WHO, 2015). De facto, a saúde não se acumula, sendo antes o resultado de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e das suas complicações e ainda da adoção de comportamentos saudáveis e de vivências em contextos saudáveis (DGS, 2012).

Apresentamos ainda o conceito de saúde da Teoria da Consecução de Objetivos de Imogene King, o qual retomaremos mais adiante, por considerarmos tratar-se de

uma Teoria que se aplica ao estudo de Populações Vulneráveis. King define saúde como: *“experiências dinâmicas da vida de um ser humano, que implica um contínuo ajustamento a stressores do ambiente interno e externo, através do uso ótimo dos recursos para atingir o potencial máximo da vida diária”* (King, 1981 p. 5), sendo o estado de saúde uma habilidade para funcionar em papéis sociais. Esta teoria é trespassada pela ação e reação interacionista entre os sistemas pessoais, interpessoais e sociais. A teoria de King orienta para uma prática de enfermagem que ajuda cada pessoa a estabelecer metas, a desempenhar as suas funções na sociedade, desenvolvendo um estilo de vida e capacidades para uma vida saudável.

### **Qualidade de vida**

Quando falamos em saúde, emerge também o conceito de qualidade de vida (QV), habitualmente como um indicador do estado de saúde. Ou seja, a saúde é um componente determinante da QV, embora esta dependa de outros domínios para além da saúde. Este conceito tem vindo a ser valorizado ao longo dos tempos e a investigação neste âmbito cresceu substancialmente a partir da última década do século XX (Ribeiro, 2001).

QV é uma noção eminentemente humana, relacionada com o grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial, pressupondo uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. No que concerne à saúde, as noções unem-se numa resultante social de construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros para si (Minayo, et al., 2000).

A ligação do termo QV à saúde decorre inclusivamente da definição já apresentada de saúde proposta pela OMS em 1946, que a refere como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, sendo pela primeira vez ampliado o lado positivo do constructo, com a tónica no interesse pela pessoa e não na clássica consideração pela doença ou incapacidade (Vilar, 2015).

Mas o termo QV é também apresentado como conceito chave para o enquadramento do envelhecimento ativo apresentado pela OMS em 2002, sendo

definido de acordo com o proposto em 1994, como *"a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características mais salientes do ambiente"* (WHO, 2002 p. 13). Surge como foi dito associado ao conceito de envelhecimento ativo, quando o refere como um processo de oportunidades para a saúde, participação e segurança das pessoas que envelhecem com o objetivo de melhorar a sua QV, inclusivamente daqueles que já se encontram mais frágeis e com necessidade de cuidados, considerando-se que a QV que terão enquanto idosos dependerá dos riscos e oportunidades experienciadas ao longo da vida e também da ajuda mútua e apoio intergeracional proporcionado.

É ainda considerado que envelhecer bem, com QV e de forma saudável, implica que existam boas condições de saúde, não podendo estar desligadas também do modo de vida dos indivíduos, das atividades com que se ocupam e das relações que estabelecem com os outros, mas sendo por si só decisivas e determinantes para um envelhecimento ativo, sobretudo na grande idade. (Cabral, et al., 2013)

É também apontado que à medida que as pessoas envelhecem, a sua QV é largamente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e independência. Interessa-nos assim abordar de uma forma breve o conceito de autonomia na ótica do envelhecimento e da saúde.

### **Autonomia**

Autonomia tem origem no grego e é composta pelo adjetivo pronominal autos, que significa “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo” e pelo substantivo nomos que pode significar “instituição”, “lei”, “norma” ou “convenção”, indicando no sentido geral a capacidade humana em dar leis a si próprio (Nunes, 2006).

A visão padrão da autonomia é produto da tradição do pensamento liberal que está na base da democracia contemporânea e do pensamento bioético (Agich, 2003; Eichner, 2005; Veiga, 2011). Nessa visão, a autonomia é principalmente um fenômeno envolvendo independência de ação, de discurso e de pensamento, fornecendo uma ampla diversidade de direitos políticos, legais, civis e de direitos humanos bem como

as bases filosóficas que permitem ao indivíduo resistir à interferência coerciva das autoridades ou poderes externos na sua vida. Os ideais implícitos neste conceito de autonomia incluem a independência e autodeterminação, a capacidade de tomar decisões racionais e livres e a capacidade de avaliar com precisão o que constitui o próprio interesse do indivíduo. O conceito de autonomia assim entendido suporta um conjunto de valores, tais como a independência dos padrões normativos em torno dos quais a tirania, a opressão e mesmo o uso benevolente do poder sobre indivíduos vulneráveis têm sido opostos e a autodeterminação que proporciona (Agich, 2003).

A ideia de autonomia conduz deste modo o nosso pensamento para a ideia de liberdade e da capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão do indivíduo sobre as suas ações e a possibilidade e capacidade para construir a sua trajetória de vida (Fleury-Teixeira, et al., 2008).

O conceito de autonomia é também apresentado pela OMS em 2002, como um conceito chave relacionado com o envelhecimento ativo e definido como *"a capacidade percebida para controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como uma pessoa vive no dia-a-dia, de acordo com suas próprias regras e preferências"* (WHO, 2002 p. 13), sendo ainda considerado que os decisores políticos devem assegurar o direito de manter a independência e a autonomia pelo período mais longo possível, que como vimos anteriormente são determinantes na manutenção da QV (WHO, 2002).

A autonomia é ainda identificada como uma categoria norteadora da promoção da saúde, por ser um determinante positivo fundamental para a ampliação da saúde, a sua ampliação tem um efeito protetor na saúde e como inversamente e ainda, a restrição da autonomia, constituiu um fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de patologias (Fleury-Teixeira, et al., 2008).

Pensamos também ser importante referir as reflexões de Portacolone (2011) acerca de viver sozinho em idade avançada, considerando que esta condição pode permitir a expressão das próprias preferências e ser sinal de independência, muitas vezes associado ao ideal de poder fazer o que se quer sem ninguém a dizer que o não pode, mas também pode trazer dificuldades dificilmente visíveis a estranhos, especialmente numa sociedade individualista, como os Estados Unidos da América (EUA) que premeia a autossuficiência, em que por outro lado, dependência está

associada a desamparo, necessidade, incompetência e incapacidade funcional, podendo viver sozinho também ser marcado pela depressão, isolamento, pobreza e angústia. Percebemos aqui que o conceito que utiliza de independência se aproxima daquele que apresentamos de autonomia uma vez que nos revela ser sinal de independência, a expressão das próprias preferências (Portacolone, 2011).

## **2. ENVELHECER SÓZINHO EM CASA DEPOIS DOS 80 E O PROJETO DE SAÚDE: A PROBLEMÁTICA**

Depois de contextualizado o envelhecimento em termos demográficos e de clarificados os conceitos de saúde, QV e autonomia a ele associados, passamos a apresentar o que se tem estudado no âmbito do doutoramento em enfermagem acerca do envelhecimento e da população idosa para depois revelar os estudos encontrados relacionados com o processo de envelhecer só em idade avançada de modo a contextualizar a problemática e formular os objetivos e o resultado que se pretende com o presente estudo.

A partir do **Veritati - Repositório Institucional da UCP**, fomos então à procura do que tem sido estudado no âmbito do envelhecimento e da pessoa idosa pelos doutorandos do Curso de Doutoramento em Enfermagem da instituição onde nos encontramos a desenvolver esta investigação, tendo encontrado 10 teses concluídas com os seguintes temas:

- Cuidado de Si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio (Gomes, 2010).
- Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem (Fernandes, 2011).
- Natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa: Projeto integrado de vivência e cuidado Co-criado (Ribeiro, 2012).
- Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a Saúde e Bem-estar (Silva, 2012).
- Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no Concelho de Lisboa (Silva, 2013).



- Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no Concelho do Porto (Gonçalves, 2013).
- Papel do prestador de cuidados - contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado (Machado, 2013).
- Qualidade de Vida da Pessoa Idosa nos Lares e Centros de Dia do Distrito de Vila Real (Rego, 2014).
- Experiência do autocuidado e identidade pessoal. Um estudo fenomenológico com pessoas idosas que vivem com DPOC (Henriques, 2015).
- A educação em enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma matriz referencial (Cerqueira, 2015).

As teses encontradas apontam-nos para conhecimento acerca de algumas **dinâmicas de parcerias** nomeadamente através do processo da interação enfermeiro-pessoa idosa na área da promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido, (Fernandes, 2011), ou ainda, em contexto domiciliário, sendo reforçado que para estabelecer uma relação de qualidade, as estratégias passam por partilhar significados da experiência na construção de uma ação conjunta, quando o idoso tem autonomia, ou então a construção de uma ação em que o cuidado é assegurado pelo enfermeiro, quando este não tem autonomia (Gomes, 2010).

O fenómeno do **autocuidado** é também representado por quatro estudos, dois deles com o propósito de caracterizar a dependência no autocuidado em contexto familiar e ainda a prestação de cuidados ao familiar envolvente, um deles relativo ao concelho de Lisboa (Silva, 2013) e o outro ao concelho do Porto (Gonçalves, 2013). O autocuidado foi também estudado quanto à preparação do prestador de cuidados para o regresso a casa de idosos com compromisso no autocuidado (Machado, 2013). Encontramos ainda um estudo cujo objetivo foi compreender de que modo a identidade pessoal da pessoa idosa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) a viver em casa, é afetada pela experiência de autocuidado, por forma a perspetivar uma assistência de enfermagem congruente (Henriques, 2015).

O **bem-estar e a qualidade de vida** da pessoa idosa foram também estudados, nomeadamente no que se refere à religiosidade e espiritualidade com o objetivo de

estudar a sua relação com a saúde e bem-estar do idoso, permitindo desta forma fundamentar uma assistência de enfermagem específica nesta área (Silva, 2012), quanto ao conforto em doentes hospitalizados com doença crónica, procurando-se a compreensão da natureza deste processo, através da identificação das suas especificidades (Ribeiro, 2012) e ainda no âmbito da avaliação da QV das pessoas idosas em lares e centros de dia, no distrito de Vila Real (Rego, 2014).

Encontramos ainda um estudo na área da **educação**, que teve como finalidade a construção e sistematização de uma matriz referencial para a Educação em Enfermagem na pessoa ao Envelhecer (Cerqueira, 2015).

Ainda à procura de teses de doutoramento realizadas no nosso país no âmbito do envelhecimento e da pessoa idosa relacionadas com a saúde e QV, alargamos a nossa pesquisa ao RCAAP, onde encontramos algumas das teses atrás referidas, no âmbito do curso de doutoramento da UCP e ainda outras três na área de enfermagem, uma das ciências da saúde e outra da educação, relativas às temáticas seguintes:

- Idosos e dinâmicas de parceria: contributos para uma velhice bem-sucedida (Jaques, 2005).
- Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos de enfermagem (Bicudo, 2009).
- Cuidar na "Entrada na reforma": uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias (Loureiro, 2011).
- Imagens do envelhecimento e da velhice. Um estudo na população portuguesa (Cerqueira, 2010).
- Adjustment to aging and subjective well-being in an older cross-national community-dwelling sample (Dachröden, 2013).

Os resultados de algumas destas teses remetem-nos novamente para novo conhecimento na área da promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido, quer seja pelo processo de dinâmicas de parceria (Jaques, 2005), como pelo contributo dos cuidados de enfermagem, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Bicudo, 2009). Encontramos ainda um estudo na área das ciências da saúde que procurou identificar as imagens relacionadas com a preparação de um envelhecimento bem-sucedido e da velhice, visando compreender a relação entre as mesmas, para posterior identificação

de linhas de intervenção que permitam modificar estas imagens e capazes de promover um envelhecimento bem-sucedido (Cerqueira, 2010).

Na área da educação, referimos um estudo relativo ao ajustamento ao envelhecimento, com o objetivo de o conceptualizar e construir um modelo estrutural para as variáveis preditoras deste ajustamento e do bem-estar subjetivo na idade adulta avançada (Dachröden, 2013).

Por último encontramos outro estudo no âmbito das ciências da saúde acerca da promoção da saúde das pessoas e suas famílias aquando da “entrada na reforma”, através de uma intervenção de enfermagem que tenha em consideração, o processo de transição a ele associado (Loureiro, 2011).

Nesta pesquisa no RCCAP encontramos ainda duas teses de doutoramento realizadas no Brasil, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, relacionadas com a saúde e qualidade de vida da pessoa idosa: a primeira pesquisa fez parte do estudo SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento, com o objetivo de traçar o perfil das condições de vida e de saúde dos idosos física e socialmente vulneráveis do município de São Paulo e a associação dessas condições com os seguintes desfechos: declínio funcional, fragilidade e óbito, por forma a poder contribuir para a construção de políticas públicas mais abrangentes e adequadas à vulnerabilidade da pessoa idosa (Maia, 2011). A segunda pesquisa prendeu-se com a avaliação comparativa da qualidade de vida das pessoas idosas do Brasil e Portugal, dada a importância deste conhecimento também para a construção de políticas públicas adequadas a uma população idosa que tem vindo a aumentar rapidamente e com a expectativa de aproveitar a vida de forma saudável, produtiva e com a maior qualidade de vida possível (Ermel, 2012).

Relacionada mais especificamente com a pesquisa que estamos a desenvolver, encontramos uma dissertação de mestrado na área de enfermagem, relativa à qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio, cuja população estudada foram os idosos que vivem sós, estudo este realizado em dois concelhos de Lisboa e cujos resultados apontam para uma perceção de uma qualidade de vida razoável por parte dos idosos, surgindo as dimensões função social e desempenho emocional como as mais favoráveis (Carvalho, 2009).

Na pesquisa do estado da arte numa **perspetiva internacional** relativa ao processo de viver sozinho em idade avançada e o projeto de saúde, encontramos alguns estudos desenvolvidos em diversos países de diferentes continentes: EUA, Canadá, Brasil, Nova Zelândia, Austrália, China (Singapura), França, Líbano, Noruega, Suíça, e um deles em cinco países Europeus simultaneamente (Suécia, Alemanha, Reino Unido, Hungria e Letónia), sendo a maioria deles na área das ciências humanas (sociologia, antropologia e psicologia), de natureza qualitativa (fenomenologia, etnografia e *grounded theory*), também com uma maior preocupação quanto ao género feminino.

No que diz respeito à população estudada e quanto ao género, a maioria dos estudos dizem respeito à população idosa do sexo feminino embora alguns apresentem populações quanto ao género, mistas.

De modo a ilustrar o que tem sido pesquisado, organizamos os resultados dos vários estudos nas áreas seguintes: razões que conduziram a pessoa a viver sozinha em idade tão avançada, aspetos positivos decorrentes desta circunstância, dificuldades/problemas com que se deparam, estratégias utilizadas para fazer face a estes desafios e o suporte a que recorrem em termos formais e informais.

As **razões** que conduziram os idosos a viver sozinhos na sua própria casa, são descritas de diversas formas pela literatura revista: mudanças no estilo familiar e estado civil: morte de familiares e separação conjugal (Hahn, 2008); não ter outra alternativa; porque se tornou pessoalmente confortável apesar de algumas dificuldades, mesmo tendo oportunidade para viver com outros (Yetter, 2010; Wong, et al., 2009); o fator económico como por exemplo a insuficiência económica para o sustento da família poder conduzir o idoso a viver sozinho (Ramos, et al., 2010) ou então maior riqueza propiciar os mais idosos a viverem sozinhos e a serem independentes (Tohme, et al., 2011); considerar uma dimensão importante do envelhecimento bem-sucedido (Nosraty, et al., 2015); continuar a viver de forma independente, de preferência nas suas casas (Hahn, 2008) e por último a busca da individualidade e a valorização da independência e autonomia (Cheng, 2006; Hahn, 2008).

Alguns dos estudos descrevem a experiência do idoso que vive só, emergindo alguns temas que sistematizamos como **aspetos positivos** decorrentes desta

circunstância: viver de forma independente (Cheng, 2006; Petry, 2003) e ser gratificante (Yetter, 2010) ; preservar a autonomia dentro da realidade da vulnerabilidade física, possibilitando a gestão corrente da vida diária: cuidar de si, manter uma casa (Hahn, 2008); ter participação ativa nas suas decisões (Foster, et al., 2010); possibilitar o auto-crescimento, autodeterminação, estrutura e equilíbrio e ter um propósito na vida (Yetter, 2010) ; estar ligado ao mundo exterior, ter controlo sobre as conexões sociais (Cheng, 2006) e por último manter relacionamentos importantes (Hahn, 2008).

Mas os idosos que vivem sozinhos nas suas casas lidam também com alguns **problemas e dificuldades** tais como cuidados inadequados de saúde que incluem hábitos alimentares indesejáveis, monitorização inadequada, falta de prática de atividade física regular e não utilização de medicamentos conforme prescrição (Camargos, et al., 2008), problemas estes que acarretam maior suscetibilidade e risco de doenças, problemas no autocuidado e segurança física; o declínio da saúde, financeiro e social associado ao envelhecimento (Sixsmith, et al., 2014); a vulnerabilidade e solidão (Cheng, 2006; Petry, 2003) e ainda o medo da perda de independência e da admissão num lar de idosos (Quine, et al., 2007).

Ainda no que se refere aos estudos que descrevem a experiência do idoso que vive só, emergem alguns temas que sistematizamos no âmbito das **estratégias** utilizadas para fazer face aos desafios do dia-a-dia e perseguir um envelhecimento saudável a nível físico, social, psicológico e mesmo espiritual e que são os seguintes: ser autossuficiente (Pierini, et al., 2009); manter o controlo e procurar ter uma vida saudável (Foster, et al., 2010); interesse em ações preventivas relacionadas com o bem-estar físico e psicológico: dormir e atividade física (Crawford-Achour, 2012); manter o apoio social (Pierini, et al., 2009), laços sociais (Hahn, 2008) e superar o isolamento social (Wong, et al., 2009), aceitando a situação, muitas vezes traduzida por uma aceitação resignada e passiva (Birkeland, et al., 2009); controlar as emoções, esperar decepções e seguir em frente, planejar o futuro e escolher ser positivo (Pierini, et al., 2009); procura de encontrar um propósito (Yetter, 2010) e ações significativas (Sixsmith, et al., 2014) e ainda procura da transcendência espiritual, o que apoia o idoso a cuidar de si e dos outros (Hahn, 2008).

Por último, apresentamos os resultados encontrados nos diversos estudos relativos ao **suporte formal e informal** a que recorrem os idosos que vivem sozinhos

para fazer face aos desafios diários com que são confrontados. O suporte informal é encontrado na família (Lau, et al., 2012; Riser, et al., 2011), tanto para cuidar da gestão da casa e da saúde, como para satisfazer as suas necessidades de vida independente, nos parceiros para o apoio emocional e de emergência, nos amigos para o apoio emocional e de transporte e nos vizinhos para ajuda de emergência (Lau, et al., 2012). O suporte formal é traduzido por programas culturais e de cuidados diários a adultos, principalmente utilizados para a socialização e aprendizagem dos cuidados pessoais em casa (Lau, et al., 2012).

São também descritas como **barreiras à procura deste suporte**: impedimentos altitudinais do idoso (sentir-se pesado, a autossuficiência, estoicismo, perda da privacidade); circunstâncias interpessoais relacionadas com a família (comunicação pobre, distância, as diferenças entre as gerações); amizade/situações interpessoais relacionadas com os vizinhos (dificuldade em fazer amigos, relocação, o declínio da saúde / morte); perceção da assistência (incompatibilidade com serviços, fraca opinião acerca da qualidade dos cuidados prestados) e a acessibilidade (distância geográfica, falta de transporte) (Lau, et al., 2012).

Através desta revisão da literatura inicial, somos confrontados com um cenário de envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos, a par de um aumento do número de idosos a viverem sozinhos em idade avançada, com toda a vulnerabilidade que o processo de envelhecimento acarreta, no que diz respeito à manutenção da saúde. Este fenómeno tem constituído uma preocupação para várias disciplinas do conhecimento, pelos desafios que coloca ao desenvolvimento económico e social no futuro, pelo que têm sido desenvolvidas investigações, maioritariamente com o objetivo de compreender como é vivida esta experiência por esta população em diferentes países, porque é entendido que o fator cultural tem uma influência determinante. Nas conclusões de alguns destes estudos, foi apontada a necessidade de mais investigação que permita fazer comparações internacionais e pensar o envelhecimento numa perspetiva mais promotora da saúde e da autonomia e mais preventiva (Birkeland, et al., 2009; Cheng, 2006; Crawford-Achour, 2012; Hahn, 2008; Portacolone, 2011; Quine, et al., 2007; Yetter, 2010).

Existem também situações de vulnerabilidade e de autonegligência em que já não é mais seguro viver sozinho envelhecendo, sendo algumas das principais áreas comprometidas um ambiente seguro, desordens cognitivas, défice de adesão ao regime

terapêutico e déficit de cuidados de higiene pessoal, sendo pois necessária maior investigação para que os profissionais de saúde saibam quando e como intervir quando já não é mais seguro viver sozinho com o avançar da idade (Dyer, et al., 2007).

Portacolone (2011) diz-nos mesmo que apesar de ser considerado que viver sozinho pode permitir a expressão das próprias preferências, pode também trazer dificuldades especialmente numa sociedade individualista, que premeia a autossuficiência. Sustenta mesmo que a experiência dos idosos que vivem sozinhos nem sempre é vivida como libertadora ou energizante, referindo que para a maioria deles viver de forma independente não foi uma escolha, mas uma parte natural da sua identidade, ou algo inevitável, consistindo estes resultados em mais uma novidade relativamente aos estudos até agora explanados (Portacolone, 2011). Num estudo posterior, conclui que os idosos que vivem sozinhos enfrentam um conjunto de desafios bem como são propensos a experimentar um sentimento de precariedade, sugerindo então que para os ajudar a terem uma vida menos precária, os decisores políticos e cuidadores têm que iniciar uma mudança ideológica, em que, ao contrário de promover a independência, as políticas e os programas promovam a interdependência, onde é enfatizada a noção de que toda a pessoa precisa de algum apoio para prosperar. Esta ênfase na interdependência irá diminuir a necessidade dos idosos que vivem sozinhos, provarem para o mundo exterior que o podem fazer sozinhos. Neste novo paradigma, os idosos que vivem sozinhos não vão ter medo de pedir ajuda porque estarão cientes de que isso não vai conduzi-los forçosamente para uma instituição (Portacolone, 2013). Aponta para o facto de ainda existirem poucos estudos dedicados à experiência dos idosos que vivem sozinhos e nenhum deles refletir exclusivamente sobre as consequências de promover a sua independência, concluindo que os resultados a que chegou, pedem mais ênfase na promoção e estudo da vida interdependente e incentivar as comparações internacionais sobre viver sozinho em idade mais avançada (Portacolone, 2011). Considera também que mais importante ainda, é que nós como sociedade compreendamos as escolhas preferenciais destas pessoas que vivem sozinhas, respeitando essas escolhas, mesmo quando elas são contrárias àquilo que consideramos ético ou envelhecimento bem-sucedido (Portacolone, 2015).

Pensamos assim avançar com um estudo no âmbito destas pessoas que vivem sozinhas com idade avançada, sendo como vimos anteriormente no nosso país mais de

600 000, com idade superior a 80 anos e também porque é real o agravamento do fosso entre jovens e idosos na última década, com projeções para a população residente em Portugal 2008-2060, que apontam para que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem (INE, 2009), fazendo antever um cenário com implicações na forma como se vai envelhecer, sendo fundamental conhecer as estratégias a que recorrem as pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos, para concretizar o seu projeto de saúde, para que desta forma os enfermeiros as possam ajudar de acordo com as suas necessidades, a manterem-se independentes e autónomas pelo maior tempo possível. Apesar de termos encontrado diversos estudos que nos permitiram sistematizar alguns resultados relativos ao idoso que vive sozinho, julgamos importante fazer uma análise situacional que reúna a razões que conduziram a pessoa a viver sozinha em idade avançada, as condições influenciadoras desta circunstância, os problemas e dificuldades encontrados, os recursos de que dispõe e ainda as estratégias que utiliza para manter a saúde e qualidade de vida. Passamos deste modo a especificar uma questão que *“determine os parâmetros do projeto e sugira o método a ser usado para a colheita e análise dos dados”* do presente estudo, tal como é proposto por Strauss, et al. (1998:35), possibilitando a partir daqui definir de uma forma clara as fronteiras do que se pretende estudar e tomar decisões, nomeadamente no âmbito da metodologia a utilizar. Esboçamos assim uma **pergunta que inicia a investigação** e incide no foco de estudo: Como é que as pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos concretizam o seu projeto de saúde?

Delineamos assim os seguintes **objetivos**:

- 1) Identificar as **razões** que conduziram as pessoas a viverem sozinhas depois dos 80 anos.
- 2) Analisar as **condições influenciadoras** do processo de viver sozinho depois dos 80 anos.
- 3) Identificar os **problemas** relacionados com a saúde e qualidade de vida das pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos.
- 4) Analisar os **problemas** sensíveis aos cuidados de enfermagem.
- 5) Explicar quais as **estratégias** adotadas pelas pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos, para concretizar o seu projeto de saúde (para viver com a melhor saúde e qualidade de vida possíveis).



- 6) Identificar as **intervenções de enfermagem** adequadas às estratégias adotadas pelas pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos, para concretizar o seu projeto de saúde.

Temos como **objetivo geral** desta investigação, chegar a uma explicação do processo de viver sozinho depois dos 80, envelhecendo e identificar as estratégias utilizadas por esta população para a concretização do seu projeto de saúde. Esta explicação deverá permitir pensar as intervenções de enfermagem à semelhança das que proporemos para ajudar estas pessoas a viver com mais saúde, mais qualidade de vida e maior autonomia, durante mais tempo.



## CAPÍTULO II – A METODOLOGIA

Depois de referida a problemática deste estudo, procuramos então selecionar a metodologia de investigação mais adequada, uma vez que os caminhos a percorrer podem ser diversos, de acordo com o ângulo pelo qual a pretendemos estudar, podendo deste modo harmonizar-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as orientações de uma pesquisa.

### 1. O DESENHO DO ESTUDO

Nos últimos tempos, tem-se assistido à necessidade por parte das disciplinas na área da saúde de alargarem as suas fronteiras aos tipos de investigação utilizados, considerando-se ser necessário que os profissionais se envolvam nos métodos qualitativos, uma vez que são os *“que melhor se adequam para investigar crenças, atitudes e preferências dos profissionais e doentes”* (Livta, et al., 2004 p. 136).

A investigação qualitativa é definida como *“qualquer tipo de pesquisa que produz descobertas não provenientes de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação”* (Strauss, et al., 1998 p. 10), permitindo explorar áreas substantivas acerca das quais existe pouco conhecimento, ou se pretende um novo entendimento acerca do conhecimento existente, mas também obter detalhes acerca de fenómenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções, que são difíceis de extrair ou conhecer através dos métodos de investigação convencionais.

Este paradigma de Investigação apresenta algumas características essenciais que consideramos importante apresentar para fundamentar a nossa opção por esta abordagem (Bogdan, et al., 2013):

- A fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal. O investigador introduz-se no mundo das pessoas que pretende estudar, tentando conhecê-las, dar-se a conhecer e ganhar a sua

confiança, para assim colher dados acerca dos sujeitos que contenham a sua perspetiva pessoal.

- A investigação qualitativa é descritiva, permitindo a colheita de dados qualitativos, o que significa, ricos em pormenores descritivos, relativamente a pessoas, locais e conversas.
- O investigador interessa-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.
- A análise dos dados é indutiva. Constrói-se um quadro que vai ganhando forma à medida que se recolhem e examinam as partes, sendo o processo de análise dos dados como um funil: as coisas estão abertas de início e vão-se tornando mais fechadas e específicas no extremo.
- O significado tem uma importância vital, sendo privilegiada a compreensão dos comportamentos a partir da perspetiva dos participantes.

Também Streubert, et al. (2002) se pronunciaram acerca da Investigação Qualitativa, que caracterizam de uma forma bastante aproximada aos autores anteriores:

- A crença em múltiplas realidades, não procurando apenas uma realidade acreditando que pelo facto das pessoas compreenderem e viverem experiências diferentes, não é subscrita uma única verdade mas sim, muitas verdades.
- O compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno em estudo, fazendo para isso perguntas sobre os fenómenos específicos, encontrando deste modo uma abordagem ou um método apropriado para responder. Nalguns casos pode mesmo ser necessária mais do que uma abordagem qualitativa ou mais do que uma estratégia de colheita de dados para a boa compreensão do fenómeno.
- Compromisso com o ponto de vista do participante, utilizando estratégias de colheita de dados que forneçam uma visão da realidade dos participantes.
- A pesquisa é conduzida de modo a limitar a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse, procurando a perspetiva *emic* (a perspetiva interior do sujeito).

- Reconhecimento da participação do investigador na investigação, uma vez que é observador, entrevistador e interprete de numerosos aspetos da pesquisa, podendo fornecer riqueza à colheita e análise dos dados.
- A compreensão do fenómeno, relatando-o de forma literária e incluindo os comentários dos participantes (Streubert, et al., 2002).

A investigação qualitativa é também não positivista, significando que a compreensão é interpretada e não descoberta; e, no contexto, a verdade é considerada não absoluta mas relativa (Livta, et al., 2004), sendo suas características principais, a existência de dados que podem ser provenientes de diversas fontes (entrevistas, observações, documentos, registos e filmes) e de procedimentos que os investigadores podem usar para interpretar e organizar os dados, que consistem habitualmente em conceptualizar e reduzir os dados, elaborar categorias em termos das suas propriedades e dimensões e relacionar através de séries de preposições. Do processo de análise fazem parte outros procedimentos como a amostragem teórica não estatística, escrever memorandos e elaborar diagramas (Strauss, et al., 1998).

A aceitação dos fundamentos (características essenciais) da Investigação Qualitativa constitui a primeira etapa para iniciar um estudo, que enquadrámos assim neste âmbito, uma vez que nos permitirá um compromisso profundo para ver o fenómeno na perspetiva dos sujeitos alvo do estudo, dando um sentido aos cenários e ações humanas, onde o investigador se aproxima o mais possível dos informantes, que revelam o que pensam e não pode ser observado (Strauss, et al., 1998; Streubert, et al., 2002). De facto, acreditamos que as pessoas que vivem sozinhas em suas casas depois dos 80 anos, compreendem e vivem o seu projeto de saúde de formas diferentes, pretendendo-se enveredar por uma colheita de dados descritivos que reflitam de uma forma tão exaustiva quanto possível, as suas diferentes perspetivas, face à área em estudo, tornando-se para tal, imprescindível o nosso papel de investigador na condução do processo.

Após a revisão da literatura relacionada com a área de estudo a investigar, ficamos cientes de que pretendemos melhor explicar do ponto de vista teórico, as estratégias utilizadas pelas pessoas com mais de 80 anos que vivem sozinhas, para concretizarem o seu projeto de saúde, considerando-se pertinente tomar como referência metodológica a *Grounded Theory*, a qual consiste numa aproximação

empírica ao estudo da vida social através da investigação qualitativa e análise (Clarke, 2005; Polit, et al., 2004).

A *Grounded Theory* nasceu da colaboração entre Anselm Strauss e Barney Glaser, com a publicação em 1967 do livro “*The Discovery of Grounded Theory*” (Schreiber, et al., 2013). Passamos no entanto a referir o que antecedeu esta parceria, de acordo com Corbin (2013). Strauss, durante a sua formação na Universidade da Virgínia, foi muito influenciado por filósofos do Pragmatismo como Dewey (1922) que consideravam a ação como central no comportamento humano, a qual não se refere apenas ao ato físico de fazer, englobando a dualidade do pensamento e ação. Mais tarde, já na Universidade de Chicago, Strauss foi introduzido na noção de interação, através da influência de Mead (1934), com ênfase na interação e desenvolvimento do *self*. Um dos seus professores foi Herbert Blumer, que introduziu a perspetiva teórica do “Interacionismo simbólico” (Corbin, 2013) assente nas seguintes premissas: (1) A ação do indivíduo está baseada no significado que os objetos têm para ele; (2) a interação ocorre dentro um contexto social e cultural particular em que os objetos físicos e sociais (pessoas), bem como as situações, devem ser definidos ou categorizados com base nos significados individuais; (3) os significados emergem das interações com outros indivíduos e com a sociedade; e (4) os significados são continuamente criados e recriados através de processos de interpretação durante a interação com os outros (Carter, et al., 2015).

Para o pensamento interacionista simbólico é central a ideia de que os indivíduos usam a linguagem e símbolos significantes na sua comunicação com os outros, mudando a sua atenção para a interpretação de pontos de vista subjetivos e de como os indivíduos dão sentido ao seu mundo a partir de sua perspetiva única (Carter, et al., 2015). Na teoria do interacionismo simbólico “*acredita-se que as pessoas se comportam e interagem de acordo com o modo como interpretam ou atribuem significado a símbolos específicos nas suas vidas*”, permitindo a exploração dos processos sociais básicos (Streubert, et al., 2002 p. 116). No entanto Blumer falava acerca dos conceitos, da teoria e da interação, mas nunca desenvolveu um método para os colocar juntos na investigação. Na altura Strauss trabalhava com Glaser num estudo acerca da Morte e Morrer (1965) e os dois explicaram o método que veio a ser conhecido como *Grounded Theory* (1967). Glaser trilhava um caminho de investigação quantitativa, enquanto Strauss, como já foi dito, tinha a influência dos

filósofos do Pragmatismo e do Interacionismo, com um percurso na investigação qualitativa, pelo que seguiram caminhos diferentes, continuando Strauss a ensinar e investigar na Universidade da Califórnia (Corbin, 2013).

Adotamos neste estudo, a perspectiva Straussiana da *Grounded Theory*, a quem se juntou Juliet Corbin, passando a apresentar os onze princípios caracterizadores do método que serviram de guia para esta investigação e que foram descritos pelos dois autores no artigo de referência “*Grounded Theory research: procedures, cannons and evaluative criteria*”(Corbin, et al., 1990):

1. A colheita e análise dos dados são processos interrelacionados. Na *Grounded Theory*, a análise começa logo que os primeiros dados são colhidos, sendo necessária desde o início para dirigir a próxima entrevista e/ou observações.
2. Os conceitos são as unidades básicas de análise. Os incidentes ou acontecimentos são analisados como potenciais indicadores de fenómenos, aos quais são atribuídos rótulos conceptuais.
3. As categorias devem ser desenvolvidas e relacionadas. Os conceitos que pertencem ao mesmo fenómeno podem ser agrupados para formar categorias geradas através do processo analítico de fazer comparações para destacar semelhanças e diferenças sendo as categorias as "pedras angulares" de uma teoria, fornecendo os meios pelos quais uma teoria pode ser integrada.
4. Na *Grounded Theory* a amostragem avança de acordo com a Teoria que vai emergindo da análise dos dados. A amostragem não se faz a partir de amostras de grupos específicos de indivíduos, unidades de tempo ou outros, mas em termos de conceitos, suas propriedades, dimensões e variações. Desta forma, após a seleção dos primeiros casos de forma intencional, os seguintes são seleccionados em função da informação que se pretende colher para responder às novas questões associadas aos conceitos em aberto sugeridos pela análise: amostragem teórica.
5. A análise recorre à comparação constante. Cada incidente deve ser comparado com os outros relativamente às semelhanças e diferenças o que ajuda a obter maior precisão e consistência para as categorias.

6. Devem ser considerados padrões e variações. Os dados devem ser examinados quanto à regularidade e à compreensão de onde essa regularidade não é aparente, o que ajuda a dar ordem ao dados e facilita a integração.
7. O processo deve ser alicerçado na teoria que vai emergindo da análise. Na *Grounded Theory* a análise do processo pode significar quebrar um fenômeno em fases ou etapas e o processo pode também denotar ação / interação intencional que não é necessariamente progressiva, mas que inclui mudanças em função das condições prevaletentes.
8. Escrever memorandos teóricos é parte integrante da *Grounded Theory*. Escrever memorandos desde o início da análise facilita ao investigador acompanhar as categorias, propriedades, hipóteses de relação entre elas e questões geradoras que evoluem a partir da análise capazes de orientarem a codificação dos dados e a recolha de dados subsequentes.
9. Devem ser desenvolvidas e verificadas hipóteses de relações entre as categorias durante o processo de investigação. À medida que as hipóteses sobre as relações entre categorias são desenvolvidas, elas devem ser levadas de volta ao campo para a sua verificação ou revisão, conforme necessário.
10. O investigador da *Grounded Theory* não trabalha sozinho. É importante testar conceitos e suas relações com colegas que têm experiência na mesma área substantiva, ajudando a evitar o viés e a aumentar a sensibilidade teórica também.
11. As condições contextuais devem ser analisadas por mais pequena que seja a pesquisa. A análise de um cenário não deve limitar-se às condições que se prendem imediatamente com o fenômeno do interesse central. Condições mais amplas que afetam o fenômeno podem incluir condições económicas, culturais, valores, tendências políticas, movimentos sociais, e assim por diante, movendo-se progressivamente para condições mais específicas.

De acordo com Corbin (2013), Strauss considerava que a enfermagem necessita de teorias desenvolvidas pelos enfermeiros a partir da profissão e para a profissão, uma vez que a teoria providencia os conceitos, discernimento e a compreensão que os professores, investigadores e enfermeiros da prática necessitam para o ensino, investigação e prática de cuidados. Por outro lado, a enfermagem requer uma variedade



de tipo de conhecimentos e competências para os seus profissionais uma vez que lida com os aspetos mais íntimos da vida da pessoa, na saúde e na doença, quando se encontra mais vulnerável (Corbin, 2013). E de facto a *Grounded Theory* desde a sua origem em 1967, teve seguidores no mundo da enfermagem e tem hoje um lugar de destaque como ferramenta de investigação na profissão (Schreiber, et al., 2013).

A *Grounded Theory* tem por princípio fundador a indução, por objetivo desenvolver novas teorias e orienta-se por uma lógica exploratória, como meio de descoberta e de construção de um esquema teórico de inteligibilidade e não tanto numa ótica de verificação (Maroy, 2011), sendo definida como “*aquela que deriva dos dados, sistematicamente colhidos e analisados através do processo de investigação. Neste método, a colheita de dados, a análise e a teoria mantêm uma relação recíproca. O investigador não inicia o projeto com uma teoria preconcebida. Em vez disso começa com uma área de estudo e o que é relevante para essa área, emerge*” (Strauss, et al., 1998 p. 12).

A enfermagem requer uma variedade de conhecimentos e de competências para os seus profissionais uma vez que lidam com aspetos como a saúde, a doença e a vulnerabilidade do ser humano, considerando-se que os investigadores que querem desenvolver teoria devem procurar encontrar o que as pessoas dizem e fazem nestas áreas de preocupação e a partir deste conhecimento desenvolver a *Grounded Theory* para uma prática de enfermagem holística (Corbin, 2013).

Assim, na *Grounded Theory*, a partir de uma preocupação do investigador, inicia-se a colheita de dados que facilitem a sua compreensão através de um processo de análise também ele iniciado logo que existam dados. O investigador inicialmente codifica os dados (palavra a palavra, segmento a segmento) atribuindo códigos temporários a um fenómeno particular. É importante que determine se os dados gerados por uma fonte aparecem noutra lado e elabora as suas propriedades. Os dados relatados que suportaram são então condensados numa categoria analítica mais ambiciosa e estas são finalmente integradas numa análise teórica da área substantiva. A *Grounded Theory* respeitante a determinado fenómeno, é desta forma composta pelos códigos analíticos e categorias geradas indutivamente na análise e explicitamente integradas para formar a teoria da área substantiva que é o foco do projeto da investigação (Clarke, 2005). Outra particularidade é que a colheita de dados

pode ser modificada de acordo com o avanço da teoria, abandonando o investigador falsas ideias ou questionando mais se necessário (Streubert, et al., 2002).

Enquadramos assim o presente estudo em termos do método que desenvolveremos para investigar, estando cientes que pretendemos analisar de modo profundo as práticas, os comportamentos, as crenças e as atitudes das pessoas com mais de 80 anos a viverem sozinhas nas suas casas, tal como normalmente funcionam na vida real, explorando a riqueza e diversidade da sua experiência humana, contribuindo desta forma para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. Foi este quadro metodológico que orientou o presente estudo, tanto na seleção da amostra teórica, como na recolha e análise dos dados: um conjunto de procedimentos realizados por etapas sequenciadas e interpenetradas entre si, cuja finalidade é construir uma estrutura conceptual que permita compreender e explicar o fenómeno em estudo.

## **2. A AMOSTRA**

A amostragem teórica é considerada por Strauss et al., (1998:201) *“a colheita de dados guiada por conceitos derivados da teoria envolvente e baseada na ideia de ‘fazer comparações’, cujo propósito é ir ao encontro de locais, pessoas ou acontecimentos que podem maximizar a oportunidade para descobrir variações entre conceitos e densificar categorias em termos das suas propriedades e dimensões”*. Refere-se portanto, ao processo de colheita de dados para gerar uma teoria em que investigador colhe, codifica e analisa os dados, tomando decisões acerca daqueles que deverá colher a seguir e onde encontrá-los, no sentido de desenvolver a teoria à medida que ela emerge dos dados, sendo por isso o processo de colheita de dados controlado pela teoria emergente.

Sendo os dados, o centro da atenção do investigador, uma das características fundamentais da fase de colheita de dados é o facto de se recorrer a fontes diversas, devendo ser estabelecido um protocolo rigoroso, no sentido de seleccionar os melhores informantes e as técnicas mais adequadas, o que é facilitado, se a recolha e análise dos dados se sobrepuserem (Lopes, 2003).

Na pesquisa qualitativa, há também um compromisso profundo para ver o fenómeno na perspetiva dos sujeitos alvo do estudo, dando um sentido aos cenários e ações humanas, onde o investigador se aproxima o mais possível dos informantes, que revelam o que pensam e não pode ser observado: sentimentos, pensamentos, intenções, comportamentos anteriores e suas ligações com o presente bem como as tensões e contradições que animam o indivíduo a propósito do fenómeno estudado (Livta, et al., 2004). Preconiza-se ainda a intencionalidade da amostra, pressupondo-se que o valor dos factos importa muito mais que o número, razão pela qual os participantes são seleccionados em função da qualidade de informação relativa à problemática em estudo (Hiernaux, 2011).

A amostra deriva não necessariamente da tentativa de ser representativa duma população ou da sua heterogeneidade mas especialmente e explicitamente dos conceitos teóricos que emergiram da análise provisória dos dados (Clarke, 2005 p. XXXI). Não se coloca portanto a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, interrogando-se um número limitado de pessoas de acordo com a oportunidade de conhecimento que cada um, em si mesmo, representa. Assim, o valor da amostra estará de acordo com a sua adequação aos objetivos do estudo, tendo como princípio a diversidade dos sujeitos interrogados e a garantia de que nenhuma situação importante foi esquecida. Os participantes deixam de ser seleccionados em função da sua importância numérica, mas sim, pelo seu carácter exemplar (Ruquoy, 2011) .

A seleção dos informadores-chave neste estudo teve, portanto em consideração as características e circunstâncias de vida das pessoas bem como um conhecimento prévio da situação que queríamos estudar. Com base neste pressuposto, fomos à procura de quem vive sozinho em suas casas com mais de 80 anos e que estivesse disposto a falar acerca das estratégias que utiliza para a consecução do seu projeto de saúde.

O **cenário** em que se realizou este estudo foi na cidade do Porto, chegando aos primeiros participantes, através das Paróquias onde decorrem projetos do Centro de Enfermagem da Universidade Católica onde trabalhamos e de Centros de Dia onde se realizam ensinamentos clínicos da Licenciatura em Enfermagem da mesma instituição, locais estes que permitiram o contacto privilegiado com pessoas que reuniam as características necessárias para iniciar a colheita de dados.

A escolha deste cenário assentou também no facto do Porto ser um município que apresenta um grande número de alojamentos habitados por pessoas idosas (Quadro 6). Em 2015, do total da população residente (216 405), 58 348 têm mais de 65 anos, representando a população idosa mais de um quarto da população e destes, 17 986 têm mais de 80 anos.

Territórios		Grupos etários					
		Total	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Âmbito Geográfico	Anos	2015	2015	2015	2015	2015	2015
Município	Porto	216.405	16.189	12.838	11.335	9.233	8.753

Quadro 6 - População residente: total e por grupo etário a partir dos 65 anos, no Município do Porto, 2015. Fonte: PORDATA (atualização 2016-06-16).

O trabalho de preparação deste estudo implicou ainda um conjunto de contactos prévios a fim de localizar e contactar os “*informadores-chave*”, que se revelou muito vantajoso uma vez que possibilitou contactos informais com informadores ocasionais, os quais colaboraram na localização posterior dos sujeitos a seleccionar. Desta forma, acedemos também a participantes que frequentavam Universidades Sénior e outros ainda que eram visitados por agentes das Equipas de Proximidade e de Apoio à Vítima (EPAV) no âmbito do programa “*Apoio 65 – Idosos em Segurança*” o qual constitui uma iniciativa do Ministério da Administração que envolve a Polícia de Segurança Pública (PSP), responsáveis pela segurança e policiamento de proximidade, nomeadamente de áreas residenciais habitadas por cidadãos idosos, na procura da identificação de problemas que possam interferir na sua situação de segurança.

Em conformidade com a *Grounded Theory*, a «amostra teórica» não foi definida *à priori*, mas progressivamente construída, considerando-se pertinente descrever, resumidamente, o procedimento utilizado na seleção do grupo de entrevistados (Strauss, et al., 1998).

Com base na recolha de dados conseguida nas primeiras entrevistas, deu-se logo início à sua análise, o que foi determinante para a seleção dos participantes seguintes. Procurou-se que fossem representadas variadas posições e pontos de vista, de modo a que nenhuma situação fosse esquecida, seleccionando-se então novos

informantes, com diferentes situações sociodemográficas (estado civil, género, freguesia de residência, grau de escolaridade, estado de saúde) uma vez que se acredita que a percepção que o ator elabora acerca de uma dada realidade constitui para si a realidade, tendendo a agir em função dessa percepção e não da realidade objetiva, o que é essencial neste tipo de estudo.

Consideramos que obtivemos a saturação teórica, quando na procura de grupos que alargassem a diversidade de dados tanto quanto possível, encontramos exemplos similares repetidos várias vezes, obtendo assim a confiança de que a categoria se encontrava saturada, certificando-nos de que a mesma se baseou na maior extensão possível de dados, procurando desta forma contemplar os três critérios apontados por Strauss e Corbin (1998) para a obter: *“1) quando não surgem dados novos relevantes relativos à categoria, 2) a categoria está bem desenvolvida em termos das suas propriedades e dimensões, demonstrando variação e 3) a relação entre as categorias está bem estabelecida e validada”* (Strauss, et al., 1998 p. 212).

Deste modo e tendo em conta todos estes pressupostos, a nossa amostra teórica é constituída por um conjunto de 30 participantes, cujos atributos apresentaremos mais à frente.

Trata-se de uma **amostra intencional**, preconizada pela investigação qualitativa, onde os participantes foram selecionados em função da qualidade de informação relativa à problemática em estudo e também em **“bola de neve”** uma vez que foi tomada por base as redes sociais e amigos dos idosos que fomos entrevistando, a quem pedimos para indicarem outras pessoas com características similares que poderiam tornar-se também eles informantes para este estudo (Fortin, 2009).

A amostra derivou especialmente dos conceitos teóricos que foram emergindo da análise provisória dos dados e não necessariamente da tentativa de ser representativa da população ou da sua heterogeneidade (Clarke, 2005). Assim, o valor da amostra esteve de acordo com a sua adequação aos objetivos do estudo, tendo como princípio a diversidade dos sujeitos interrogados e a garantia de que nenhuma situação importante fosse esquecida, por forma a permitir a colheita de dados mais aproximada possível do contexto real destas pessoas pelo que consideramos apenas um único critério de exclusão (a deterioração cognitiva) que comprometeria a aplicação do formulário e a realização da entrevista.

### 3. TÉCNICAS DE COLHEITA DE DADOS

Passamos a descrever as técnicas de colheita de dados utilizadas, cujo instrumento principal foi a entrevista semi-dirigida complementada pela aplicação de um **formulário de colheita de dados** (ANEXO 1) que incluiu os dados de identificação para caracterização sociodemográfica e alguns instrumentos de avaliação que nos permitiram melhor caracterizar a amostra relativamente aos seguintes itens:

- Deterioração Cognitiva: Teste Curto de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain),
- Avaliação Funcional (Atividades Instrumentais da Vida diária: Índice de Lawton & Brody)
- Avaliação da Qualidade de vida em Adultos Idosos: WHOQOL-OLD
- Questionário do Estado de Saúde SF-12
- Avaliação da Espiritualidade: Escala de Avaliação Espiritual (Spiritual Assessment Scale) de Elizabeth O'Brien traduzida e validada por Rego (2008).

Consideramos ainda pertinente fazer uma descrição breve dos diversos instrumentos de avaliação, incluídos no formulário.

#### **Teste Curto de Pfeiffer: Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)**

Este questionário foi construído e validado, para avaliar o grau de *deficit* cognitivo em idosos (Pfeiffer, 1975). É composto por 10 questões que avaliam a função intelectual ao nível da orientação espaciotemporal, da memória recente, da evocação e do cálculo. A mesma pode variar entre função intelectual intacta (0 a 2 erros), deterioração intelectual baixa (3 a 4 erros), deterioração intelectual moderada (5 a 7 erros) e deterioração intelectual grave (8 a 10 erros).

Optamos pelo mesmo por se tratar de um instrumento curto, confiável e de fácil utilização permitindo através da sua aplicação, definir se o inquirido é idóneo para participar no estudo, não o sendo por erro em mais de quatro questões.

Foi pedida autorização (Anexo 2) para a sua utilização a Rogério Rodrigues que procedeu à sua validação para a Versão Portuguesa com o desenvolvimento da sua Tese de Doutoramento: “*Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*”, onde este questionário está integrado no OARS (Older Americans Resources and Services), composto por duas partes, constando no início da parte que constitui a avaliação funcional nas áreas dos recursos sociais, económicos, de saúde mental, saúde física e AVD (Rodrigues, 2007).

### **Índice de Lawton e Brody**

Trata-se de um instrumento desenvolvido por Lawton e Brody em 1969, que permite avaliar o nível de independência da pessoa idosa no que diz respeito à realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), as quais refletem a capacidade destas pessoas se adaptarem ao seu meio ambiente e viverem em comunidade (Lawton, et al., 1969).

Foi validada por Sequeira em 2007, incluindo oito itens relativos às AIVD: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar comida, ir às compras, uso do telefone, uso de transportes, uso do dinheiro e responsável pelos medicamentos. Cada atividade pode ser pontuada de 1 a 3, 1 a 4 ou 1 a 5, correspondendo a maior pontuação a um maior grau de dependência. O Índice varia assim entre 8 e 30 pontos, com os seguintes pontos de corte: independente (8 pontos); moderadamente dependente/necessita de uma certa ajuda (9 a 20 pontos); severamente dependente/necessita de muita ajuda (superior a 20 pontos) (Sequeira, 2007).

A sua utilização alargada prende-se com a facilidade da sua aplicação e interpretação e à sua utilidade na avaliação precoce de incapacidades, permitindo um planeamento de disponibilização de recursos de acordo com as necessidades (Lawton, et al., 1969). Foi por nós utilizada para avaliar o grau de dependência dos participantes do estudo relativamente à realização das suas AIVD.

## WHOQOL-OLD

A Organização Mundial de Saúde/Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group) tem vindo a desenvolver um conjunto de estudos, em torno da operacionalização do constructo QV, com recurso a metodologias quantitativas e qualitativas de análise, tendo criado inicialmente dois instrumentos genéricos de avaliação: o WHOQOL100 e o WHOQOL-Bref. Considerando no entanto as limitações associadas à construção e adaptação de medidas de QV para a população idosa, foi equacionada a possibilidade de elaborar um módulo específico para a avaliação da QV desse grupo etário. Foi então criado para o efeito o Grupo WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life\_Older Adults Module Group*), em 1999 que teve como objetivos adaptar estas medidas à população idosa. Deste projeto resultou a elaboração do WHOQOL-OLD, instrumento este que na sua versão original, é constituído por 6 facetas, num total de 24 itens, 4 por faceta, com escala de resposta tipo *Likert*, de cinco pontos (1-5): Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade (Power, et al., 2005).

Vilar (2015) procedeu aos estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, através da sua tese de doutoramento “*Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*”, na especialidade de Avaliação Psicológica, permitindo estes resultados evidenciar a adequabilidade e pertinência das facetas e itens originais do WHOQOL-OLD e sugerir novos aspetos a incluir na versão portuguesa do instrumento, especificamente a dimensão Família/Vida Familiar. Os dados obtidos sustentam que esta faceta é uma dimensão importante para avaliar e compreender a QV dos adultos idosos portugueses e que no geral o instrumento apresenta boas características psicométricas, constituindo assim uma medida de referência na avaliação da QV desta população em Portugal. A versão final portuguesa do WHOQOL-OLD passa então a incluir mais uma faceta, sendo assim constituída por sete facetas, num total de 28 itens, 4 por faceta: Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade e Família/Vida Familiar., correspondendo a valores mais elevados nos parâmetros, uma QV mais elevada, tal



como percecionada pelo indivíduo e tendo como referência temporal os últimos 15 dias (Vilar, 2015).

O respetivo questionário foi-nos disponibilizado por correio tradicional após contacto por correio eletrónico com a referida investigadora, para poder ter acesso à versão experimental (2ª versão) que se encontrava na altura ainda na fase final do processo de validação para Portugal. Esta versão integrava, para além dos 24 itens originais da WHOQOL-OLD, um conjunto de oito itens para a nova faceta em estudo, a Família/Vida Familiar, num total de 32 itens. No entanto, foi-nos referido pela autora que dos oito itens introduzidos inicialmente para avaliar a faceta Família/Vida Familiar, apenas deveriam ser considerados quatro, passando a versão experimental a contabilizar apenas 28 itens dos 32 iniciais, pelo que a versão que utilizamos foi já aquela que foi definitivamente validada para a população idosa portuguesa.

### **Questionário do Estado de Saúde SF 12**

Trata-se de um questionário desenvolvido a partir do SF 36 (Short-Form Health Survey) da Medical Outcomes Study (Ware, et al., 1996), para avaliação do estado de saúde, composto por 12 itens relativos a duas componentes: a saúde física e a saúde mental (Larson, 2002). Já foi validado para diversos países europeus (Gandek, et al., 1998) e para Portugal (Pais-Ribeiro, 2005), constituindo uma alternativa reduzida do SF 36. Pode ser aplicado por entrevista ou auto-preenchido, com uma duração média de preenchimento de cerca de 2 minutos. É considerado uma medida genérica de QV com evidência de poder ser usado de forma válida com adultos idosos (Pais-Ribeiro, 2005).

### **Escala de Avaliação Espiritual**

Esta escala foi traduzida e validada por Rego (2008), a partir do instrumento original desenvolvido por Elizabeth O'Brien em 1999, a *Spiritual Assessemnt Scale* (O'Brien, 1999), cujo objetivo é avaliar o bem-estar espiritual (Rego, 2008).

A escala é composta por três fatores: fé pessoal; prática religiosa e paz espiritual, aos quais correspondem 19 itens, sendo por nós aplicada para avaliar o bem-

estar espiritual dos participantes do estudo, por ser considerada uma escala fiável e válida.

Consideramos a sua utilização, porque como referimos no capítulo relativo à contextualização do estudo, quando procuramos o que se tem estudado sobre aqueles que envelhecem sós em idade avançada, encontramos alguns resultados que apontam para a importância da espiritualidade como condição influenciadora e estratégia utilizada para fazer face aos desafios com que se confrontam.

Apresentados os vários instrumentos de avaliação incluídos no formulário, passamos àquela que constituiu a principal técnica por nós utilizada para a colheita de dados: a entrevista, considerada na investigação qualitativa, como um dos instrumentos primordiais pela possibilidade de recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como o indivíduo vê o mundo, as suas intenções e as suas crenças (Bogdan, et al., 2013; Ruquoy, 2011). Optamos ainda pela particularidade da entrevista semi-dirigida, a qual assenta em três postulados considerados por nós importantes neste momento da colheita de dados: 1) a entrevista é vista como uma narração, uma unidade de sentido, em que as partes devem ser consideradas relacionadas umas com as outras; 2) a perspetiva do outro tem sentido, vendo um ser humano como um organismo ativo, acerca do qual é possível conhecer e tornar explícita a sua perspetiva; 3) a natureza da realidade consiste na imagem de um mundo em mudança contínua pelo que o que foi entendido no decorrer da entrevista depende do momento em que a pergunta é efetuada e do estado de espírito do interlocutor (Savoie-Zajc, 2003). Consideramos assim ter este tipo de entrevista o melhor potencial para capturar as informações desejadas relacionadas com a problemática apresentada e objetivos do estudo e com a qual procuramos: 1) tornar explícito o universo das pessoas maiores de 80 anos que vivem sozinhas, privilegiando a sua perspetiva; 2) compreender o seu mundo, captando as suas perspetivas individuais a propósito da temática em estudo 3) organizar e estruturar o nosso pensamento enquanto investigadores, graças à interação vivida, onde as perspetivas do interlocutor influenciarão a nossa compreensão, cuja nova explicação será por sua vez proposta ao interlocutor; 4) explorar aprofundadamente certos temas, a partir da reflexão decorrente das questões efetuadas.

Neste tipo de entrevista é também muito valorizada a presença do investigador que deve favorecer a liberdade e a espontaneidade necessárias ao informante que permita extrair uma compreensão rica do fenómeno em estudo (Savoie-Zajc, 2003).

A preparação da entrevista incluiu a elaboração de um esquema com questões de orientação, baseadas essencialmente nos objetivos da presente investigação.

- Como é que é viver sozinho? Como se descreve a si próprio enquanto pessoa que vive sozinha em idade avançada?
- Quais as razões que o (a) levaram a viver sozinho(a)?
- Quais os aspetos que considera positivos pelo facto de viver sozinho(a)?
- Quais os problemas com que se depara? (crises, preocupações, ansiedades?)
- Que suporte tem? Quais os recursos que tem disponíveis?

(individuais, emocionais, socioeconómicos, espirituais ....)

- Que estratégias utiliza para lidar com a precariedade (com os seus problemas de saúde)? Como se organiza? Como utiliza os recursos de que dispõe?
- O que importa para viver a melhor vida possível?
- O que significa para si independência/dependência?

Seguindo os princípios-chave do método de entrevista, procuramos no seu decurso observar a aparência e o comportamento dos informantes, bem como a mudança no tom de voz, contacto visual e linguagem corporal.

Realizamos uma primeira entrevista, a uma pessoa com mais de 80 anos que vivia sozinha, com o objetivo de verificar se as questões anteriormente apresentadas permitiam a colheita de dados adequada aos objetivos do estudo o que se confirmou, pelo que após a análise dos dados se decidiu considerá-la a nossa primeira entrevista, dada a riqueza e pertinência dos dados obtidos.

Os critérios e pressupostos considerados na seleção da amostra teórica foram já especificados anteriormente, sendo agora nossa intenção debruçarmo-nos apenas nos contactos preliminares efetuados antes das entrevistas propriamente ditas. Assim, todos os participantes do estudo foram contactados previamente via telefone. Neste contacto identificamo-nos como estudante de doutoramento da Universidade Católica Portuguesa e apresentamos de forma sumária o tema e objetivos do estudo e a nossa vontade de efetuar uma entrevista com a finalidade de obter uma descrição rica da

perspetiva enquanto pessoa que vive sozinha em idade avançada. Foram também combinados o momento e o local para a sua realização de acordo com as disponibilidades dos de cada um bem como a duração prevista. A maioria das entrevistas foi realizada em casa dos participantes, situação que veio a revelar-se muito benéfica pelo ambiente de segurança e privacidade em que decorreram e pela oportunidade que proporcionaram de também poder observar o local onde moravam.

Antes de iniciar a entrevista foi lembrado o valor da informação que se prestava a colher e os objetivos do estudo e também assegurada a confidencialidade das informações e as medidas a tomar para a garantir. Foi ainda explicado o carácter voluntário da participação, pelo que se a pessoa decidisse não querer continuar a participar, poderia retirar-se a qualquer momento, o que nunca veio a verificar-se. Neste sentido foi assinado por todos os participantes uma declaração de consentimento informado que continha para além de alguns dados acerca da investigadora considerados pertinentes, os objetivos do estudo e as condições de participação e de confidencialidade (Anexo 3). Por último, foi pedida autorização para gravar a entrevista uma vez que se previa que a sua duração fosse entre os 45 e 60 minutos. A mesma foi consentida, o que não invalidou o recurso à tomada de notas no seu decurso, que nos permitiram registar aspetos que pretendíamos clarificar, bem como, colocar em evidência elementos novos de compreensão que entretanto iam surgindo.

Uma vez que se tratou de uma entrevista semi-dirigida, procurou-se utilizar o guia com as questões de orientação apoiado por intervenções puramente incitativas, destinadas a não quebrar a continuidade do discurso do interlocutor. Desta forma, após cada uma das suas intervenções, procurou-se acompanhar a progressão do seu pensamento, vincando o nosso apoio e compreensão, convidando-o desta forma a expressar o seu pensamento mais profundo, tal como é preconizado por Ruquoy (2011). Sempre que o entrevistado se afastou do assunto, foi informado de que a sua resposta dizia respeito a outra questão e tentou-se retomar o foco sobre o fenómeno a investigar. De um modo geral, todos os participantes do estudo se demonstraram à vontade e falaram livremente dos seus pontos de vista, fazendo uso de palavras, detalhes e exemplos que revelavam as suas perspetivas acerca dos assuntos. De salientar que ocorreu com frequência a transmissão de pensamentos e opiniões muito íntimas.

No final das entrevistas foram lembrados os elementos importantes abordados e proposta a continuação da mesma, se tal viesse a revelar-se necessário. Foi também indicado o seguimento do estudo, bem como os benefícios que consideramos vir a alcançar com os seus resultados.

Foi feita a transcrição integral das entrevistas de modo a juntar todo o material verbal sem fazer nenhum corte, sendo cada uma delas importada para o Programa N Vivo 11, passando a constituir as nossas fontes para análise qualitativa. A cada uma das entrevistas foi atribuído a letra P de participante do estudo e um número de acordo com a sequência de realização (P 1, P 2, ...).

#### 4. A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados constitui o cerne da abordagem metodológica da *Grounded Theory*, iniciando-se logo que existam dados e com recurso ao método comparativo constante. A colheita de dados pode ser modificada de acordo com o avanço da teoria, abandonando o investigador falsas ideias ou questionando mais se necessário (Streubert, et al., 2002). Foi este o quadro metodológico que orientou o presente estudo, tanto na seleção da amostra teórica, como na recolha e análise dos dados: um conjunto de procedimentos realizados por etapas sequenciadas e interpenetradas entre si.

Optamos por proceder à análise dos dados à luz do que preconizam Strauss, et al., (1998). Para os autores:

*“a análise é a ligação entre o investigador e os dados. É também ciência e arte. É ciência pelo facto de manter um certo grau de rigor e por fazer crescer a análise dos dados. A criatividade revela-se pela capacidade do investigador dar nome às categorias, fazer perguntas estimulantes e comparações e extrair um inovador, integrado e realístico esquema a partir de grande quantidade de dados desorganizados”* (Strauss, et al., 1998 p. 13).

A codificação constituiu o procedimento central da análise, sendo definida por Strauss, et al., (1998:3) como *“o processo de análise em que os dados são fraturados,*

*conceitualizados e integrados para originar teoria*”. Propõem três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva, as quais foram por nós percorridas ao longo da análise dos nossos dados, por forma a chegar à categoria central, que é uma abstração resultante de todas as análises, representativa do tema principal da investigação.

É proposto ainda que ao longo da análise sejam colocadas questões tais como: quem? quando? porquê? onde? o quê?, como? com que resultados?, de modo a tornar mais clara a problemática em estudo. O recurso à comparação constante torna-se crucial durante todo o processo com o objetivo de estimular o pensamento acerca das propriedades e dimensões das categorias. Foram ainda utilizadas um conjunto de técnicas que facilitam a integração de conceitos e a emergência da categoria central nomeadamente: 1) escrever algumas frases acerca do que parece estar ali a acontecer (escrever o enredo), 2) dar um nome à ideia central e relacioná-la com outros conceitos (mover-se da descrição para a conceitualização), 3) usar diagramas que nos ajudam a ganhar distância dos dados, permitindo-nos entrar na lógica das inter-relações, 4) rever e ordenar através de memorandos (Strauss, et al., 1998).

Como já referido, utilizamos o *Software N Vivo 11®* para facilitar a organização e análise dos dados qualitativos decorrentes da entrevista.

Começamos então pela codificação aberta (de fratura dos dados), analisando os dados linha a linha, à medida que os mesmos eram colhidos, no sentido de identificar os processos aí existentes. Fomos atribuindo códigos a cada frase ou incidente para facilitar a sua identificação. Estes códigos designam a substância dos dados, pelo que são designados códigos substantivos. Alguns deles foram atribuídos de acordo com a linguagem dos participantes, outros foram construídos pelo investigador, de acordo com os conceitos obtidos a partir dos dados. Quando pegávamos num incidente, ideia ou acontecimento e lhe atribuíamos um nome estávamos a passar da descrição à conceptualização. O passo seguinte consistiu no agrupamento dos conceitos em categorias. Tal aconteceu sempre que um grupo de conceitos estava relacionado ou tinha características comuns, podendo por isso agrupar-se sob a mesma designação (Corbin, et al., 1990; Corbin, 2013; Streubert, et al., 2002).

A comparação constante dos incidentes permitiu gerar as propriedades das categorias, começando assim a pensar-se nas condições em que a categoria aparece ou

é minimizada, as consequências que são geradas e as suas relações com as outras categorias (Corbin, et al., 1990; Polit, et al., 2004).

Passamos então à codificação axial, processo em que relacionamos as categorias com as suas subcategorias, *“designando-se axial porque a codificação ocorre em torno dos eixos da categoria, ligando-as ao nível das suas propriedades e dimensões”* (Strauss, et al., 1998 p. 123). Ao contrário da codificação aberta que possibilita a fratura dos dados, esta possibilitou colocá-los de novo juntos, estabelecendo ligações entre eles e dando-lhes um novo sentido. Foi nesta fase que se procuraram respostas para as perguntas seguintes: como, porquê, como, quando? Também se foram escrevendo memorandos, o que significou *“escrever ideias ou conceptualizar acerca das categorias e das suas relações”* (Pires, 2001 p. 57), permitindo passar do nível dos dados ao nível da conceptualização e desenvolver as propriedades de cada categoria.

À medida que a codificação continuou, a comparação constante fez com que se acumulasse conhecimento dizendo respeito às propriedades de uma categoria, de modo a proporcionar integração, isto é *“relacionar categorias e propriedades de várias maneiras diferentes, resultando num todo unificado”* (Pires, 2001 p. 57). Passamos então à delimitação da teoria, sendo postas de lado categorias e propriedades irrelevantes, passando a nossa atenção a centrar-se nas categorias principais. Iniciamos portanto a codificação seletiva, limitando-nos a codificar aspetos que pertencessem à categoria central e às categorias a ela associadas de forma significativa. Esta categoria central é uma abstração resultante do produto de todas as análises condensado em algumas palavras, representando o tema principal da investigação (Corbin, et al., 1990; Corbin, 2013; Strauss, et al., 1998). Conforme explicitado anteriormente, a mesma passou a servir de guia relativamente à nossa amostra teórica.

Chegar à categoria central e categorias principais relacionadas é um processo complexo, a que se segue a fase de comparação da teoria emergente com a literatura existente acerca do tema em investigação, tentando perceber quais as similaridades e diferenças.

## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS

Uma vez que a investigação que nos propomos desenvolver é na área da saúde, tem condicionantes éticas específicas, decorrentes da natureza do problema a investigar e sobretudo porque se trata de uma investigação de seres humanos, onde os princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da autonomia e da equidade, terão que ser respeitados e orientar todo o processo. Teremos assim em consideração Artigo 2º do Capítulo I da Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, que nos aponta para a salvaguarda no protocolo de investigação dos direitos da pessoa à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como o direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

Desta forma, neste estudo desenvolvido com pessoas com mais de 80 anos que vivem sozinhas, procuramos ter em consideração todas as questões éticas pertinentes numa investigação de caráter qualitativo, que trás condicionantes éticas específicas nas áreas do consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção e tratamento de dados e relações participante-observador (Streubert, et al., 2002).

- **Participação voluntária e consentimento informado**

Todos os participantes do estudo foram contactados previamente no sentido de ser feita uma apresentação breve do investigador, do tema e finalidade do estudo para assim esclarecer a vontade de participação e a possibilidade de se retirar do estudo a qualquer momento. Foi também formalizado o consentimento informado, através da assinatura do respetivo documento por parte dos participantes, como já anteriormente referido.

- **Anonimato e Confidencialidade**

Antes de iniciar a entrevista foi lembrado o valor da informação a ser dada e também assegurada a confidencialidade dos dados garantindo que a informação não será acessível a partes que não as envolvidas na investigação e que os dados serão usados de tal modo que mais ninguém para além do investigador conhece a fonte.



Os nomes dos participantes utilizados para ilustrar algumas das expressões de discurso são também fictícios e a cada participante (P) atribuímos um número de acordo com a cronologia da realização da colheita de dados.

Foi ainda pedida autorização para gravar a entrevista.

- **Beneficência e Justiça**

Tendo em conta a possível vulnerabilidade dos participantes do estudo, procuramos garantir que todos fossem tratados com dignidade e respeito, procurando estar atentos a alguns assuntos sensíveis nomeadamente no que diz respeito às fronteiras da relação investigador-participante, que se podem tornar ténues no decurso da colheita de dados, reconhecendo quando o participante possa necessitar de falar acerca de algum mal-estar e dando-lhe oportunidade para tal. Após cada entrevista fornecemos contacto para ajuda adicional, caso viesse a revelar-se necessária.

Foram também apresentados os benefícios que consideramos vir a alcançar com os resultados desta investigação.

## 6. CRITÉRIOS DE APRECIACÃO

Foi também nossa preocupação contemplar alguns critérios de apreciação, relacionados com uma abordagem qualitativa dos dados, nomeadamente no que se refere à validade, transferibilidade, fidelidade e verificação (Livta, et al., 2004). Deste modo e no que diz respeito à **validade**, os referidos autores, sugerem que esta “*deve ser apreciada na medida em que os resultados apurados e plausíveis, representam os fenómenos sociais em escrutínio*” (p.147).

Para tal, recorreremos às seguintes estratégias: verificação pelos participantes, análise comparativa constante e triangulação (fontes, dados, métodos, investigador).

No que se refere à verificação pelos participantes, de modo a aumentar a nossa confiança relativa à validade dos dados, demos retorno a dois deles das interpretações

por nós efetuadas, pedindo depois para as clarificar ou elucidar certos pontos, procurando determinar se se reconheceram e concordavam com elas.

Tal como já referimos anteriormente, procedeu-se ainda à análise comparativa constante, sendo a finalidade desta estratégia “*usar todo o registo de dados em vez de parte dele, por forma a evitar a tentação de seleccionar só os dados que se encaixam no argumento analítico corrente*” (Livta et al., 2004: 151).

No que diz respeito à apreciação de **transferibilidade**, esta requer um relato muito detalhado da estratégia metodológica ou interpretativa, pelo que procuramos incluir descrições detalhadas acerca dos seguintes parâmetros: contextos do estudo, estratégia de amostragem, como acedemos aos informantes, como colhemos e registamos os dados e como conduzimos a análise, aspetos já descritos anteriormente.

Na apreciação da **fidelidade**, Livta et al., (2004) referem que o investigador deve demonstrar como foi capaz de produzir resultados plausíveis, dada a instabilidade do mundo social, devendo para isso revelar algo de inesperado que tenha encontrado no trabalho de campo e como se adaptou a essas mudanças. A flexibilidade do *design* de investigação deve ser considerada, pelo que procuramos fazer uma descrição o mais detalhada possível da nossa colheita de dados, acerca do que aconteceu no seu decurso e o impacto que teve nos resultados da investigação. Outro aspeto a considerar na apreciação da fidelidade, diz respeito à qualidade dos dados. Tal como já foi descrito, utilizamos um gravador para registo dos mesmos o que facilitou o decurso da entrevista, permitindo ao investigador prestar uma maior atenção ao que foi partilhado. Procuramos ainda fornecer todas as informações acerca das regras que seguimos na transcrição e como foram manipulados os aspetos identificadores no sentido de proteger os participantes.

Por último a apreciação da **verificação**, pressupõe que no estudo seja explicado de que forma o investigador pode ter afetado os resultados do estudo. Para tal, foi necessário da nossa parte um grau de autoconsciência reflexiva, procurando ao longo do trabalho, relatar as suposições pessoais e teóricas que trouxemos para a investigação, revelar as nossas motivações, descrevendo como estas podem ter afetado as interpretações e fazer uma descrição detalhada de como foram tomadas decisões em cada etapa do processo de investigação, facilitado pela realização de um diário de campo.

## 7. ATRIBUTOS DOS PARTICIPANTES

Participaram neste estudo 30 pessoas idosas com mais de 80 anos a viverem sozinhas nas suas casas, podendo-se constatar pela observação da Tabela 1, os dados mais relevantes relativos à **caracterização sociodemográfica**. Assim, a sua idade varia entre os 80 e os 94 anos, situando-se a média em 84,7 anos (desvio padrão de 4,18 anos). A amostra é maioritariamente do sexo feminino (76,7%), um número ligeiramente acima do referido no estudo de Cabral (2013) que nos diz que dos idosos que vivem sozinhos, 67,2% são mulheres e 32,8% são homens.

O estudo realizado no Brasil com o objetivo de identificar o perfil de envelhecimento saudável de idosos a residir nos seus domicílios refere ser mais frequente a condição de residir sozinho entre as mulheres, possivelmente relacionada com a maior probabilidade dos homens casarem novamente, o que não acontece nas mulheres (Campos, et al., 2016).

Quanto ao estado civil prevalece o de viúvo (76,7%), seguido dos solteiros (20%). Dos participantes, 18 têm um rendimento superior a 485 euros e na sua maioria (53,3%) vivem em apartamentos, em regime de arrendamento, maioritariamente nas Freguesias de Bonfim, Campanhã, Paranhos, Ramalde (33,4%), seguidas da União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória (30,1%). No que respeita à escolaridade, apuramos que 26,7% não completou o Ensino Primário e 20% completaram o Ensino Preparatório, sendo que apenas um não tem qualquer tipo de escolaridade. A religião católica é professada pela maioria dos participantes (90%).

Variáveis		n	%
Idade			
Média = 84,7 anos		Min = 80 anos	
DP = 4,18 anos		Max = 94 anos	
Género			
Feminino		23	76,7
Masculino		7	23,3
Estado civil			
Solteiro		6	20,0
Divorciado/Separado		1	3,3
Viúvo		23	76,7
Rendimentos			
Inferior ao salário mínimo nacional (485 €)		12	40,0
Superior ao salário mínimo nacional (485 €)		18	60,0
Área de residência			
União da Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde	Aldoar	0	0,0
	Foz do Douro	3	10,0
	Nevogilde	2	6,7
União da Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória	Cedofeita	2	6,7
	Santo Ildefonso	2	6,7
	Sé	1	3,3
	Miragaia	0	0,0
	São Nicolau	2	6,7
	Vitória	2	6,7
União da Freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos	Lordelo do Ouro	3	10,0
	Massarelos	3	10,0
Bonfim		2	6,7
Campanhã		2	6,7
Paranhos		2	6,7
Ramalde		4	13,3
Tipo de habitação			
Casa		9	30,0
Apartamento/andar		16	53,3
Parte de casa		5	16,7
Regime de ocupação da habitação			
Própria		13	43,3
Arrendada		17	56,7
Escolaridade			
Nunca frequentou a escola		1	3,3
Não completou o ensino primário		8	26,7
Ensino primário (fez exame da 4ª classe)		7	23,3
Ensino Preparatório (completou o 9º ano, antigo 5º ano)		6	20,0
Ensino Secundário (completou o antigo 7º ano)		4	13,3
Ensino Profissional		2	6,7
Ensino Superior		2	6,7
Religião			
Católica		27	90,0
Evangélica		2	6,7
Ateu		1	3,3

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra.

Consideramos também relevante apresentar alguns atributos dos participantes relacionados com a **saúde**. Sendo assim, a partir dos dados da Tabela 2, constatamos que a maioria (56,6%) não utiliza qualquer auxiliar de marcha, logo seguido do uso de bengala (26,7%). A maioria também não refere problemas de sono (60%) ou problemas psicológicos (73,3%), ressaltando com mais relevo os relativos à visão (43,3%), as insónias (26,7%) e a depressão (20%).

Quando questionados relativamente à perceção sobre o seu estado de saúde, 43,3% dos participantes referiram sentirem-se saudáveis, 13,3% ter saúde fraca e 13,3% consideraram-se doentes.

Variáveis	n	%
<b>Uso de auxiliares de marcha</b>		
Canadianas	5	16,7
Bengala	8	26,7
Sem auxiliares de marcha	17	56,6
<b>Problemas de sono</b>		
Dificuldade de adormecer	4	13,3
Insónias	8	26,7
Sem problemas	18	60,0
<b>Problemas psicológicos</b>		
Ansiedade	2	6,7
Depressão	6	20,0
Sem problemas	22	73,3
<b>Outros problemas</b>		
Problemas de visão	13	43,3
Problemas de audição	1	3,3
Lombalgias	1	3,3
Úlceras varicosas	2	6,6
<b>No geral considera-se uma pessoa saudável/com saúde ou uma pessoa doente</b>		
Considero-me doente	4	13,3
Fraca	4	13,3
Razoável	9	30,0
Saudável	13	43,3

Tabela 2 – Caracterização dos participantes relativa a aspetos da saúde.

Relativamente ao número de medicamentos que os participantes do estudo tomam diariamente, podemos observar a partir do Gráfico 2, que em média tomam 4,7 medicamentos por dia ( $DP=2,59$ ), oscilando este número entre zero e oito. De salientar que nove e cinco participantes tomam quatro e oito medicamentos, respetivamente. Por outro lado, dois deles referem não tomar qualquer medicamento.

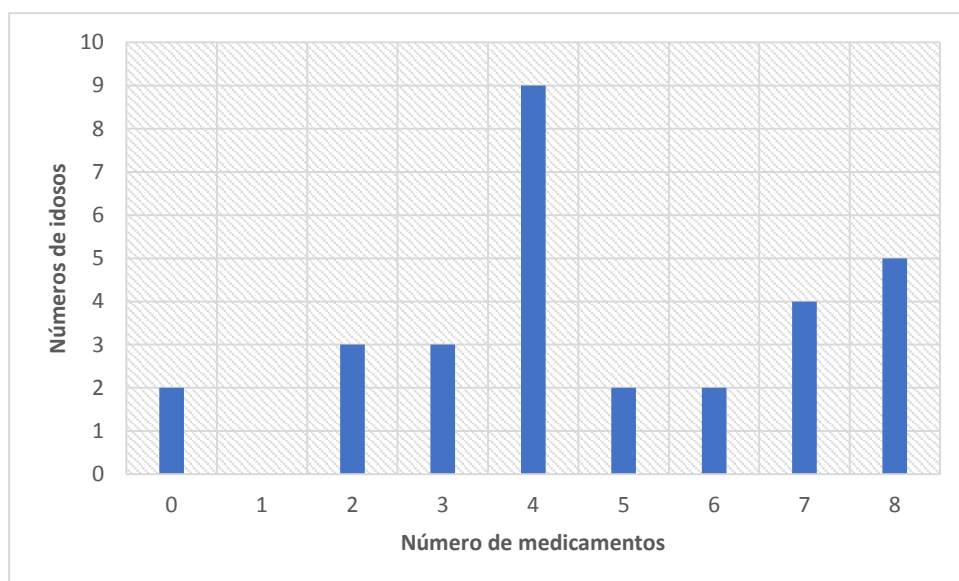


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo o número de medicamentos que toma diariamente.

Expomos também a distribuição dos medicamentos tomados segundo o Grupo Farmacológico, sendo os mais frequentes os Anti-Hipertensores ( $n=23/76,7\%$ ), Ansiolíticos, Sedativos, Hipnóticos e Antidislipídemicos ( $n=16/53,3\%$ ), Antiagregantes Plaquetários e Analgésicos ( $n=11/36,7\%$ ), Vasodilatadores ( $n=8/26,7\%$ ) e Anti-Inflamatórios Não Esteroides ( $n=6/20\%$ ), entre outros (Tabela 3).

<b>Grupo Farmacológico</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sistema Nervoso Central</b>		
Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos	16	53,3
Antipsicóticos	1	3,3
Antidepressores	7	23,3
Antiparkinsonianos	2	6,7
Antiepiléticos e Anticonvulsivantes	2	6,7
Antidemenciais	2	6,7
Analgésicos	11	36,7
<b>Aparelho Cardiovascular</b>		
Digitálicos	2	6,7
Antiarrítmicos	1	3,3
Anti-Hipertensores	23	76,7
Vasodilatadores	8	26,7
Venotrópicos	3	10,0
Antidislipídicos	16	53,3
<b>Sangue</b>		
Antianêmicos	3	10,0
Anticoagulantes	2	6,7
Antiagregantes Plaquetários	11	36,7
<b>Aparelho Respiratório</b>		
Antiasmáticos e Broncodilatadores	4	13,3
<b>Aparelho Digestivo</b>		
Antiácidos e Antiulcerosos	4	13,3
Anti-Inflamatórios Intestinais	1	3,3
<b>Hormonas e Medicamentos Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas</b>		
Hormonas da Tireoide e Antitireoideus	3	10,0
Antidiabéticos Orais	5	16,7
<b>Aparelho Locomotor</b>		
Anti-Inflamatórios Não Esteroides	6	20,0
Medicamentos para Tratamento da Artrose	1	3,3
<b>Nutrição</b>		
Vitaminas e sais Minerais	4	13,3

Tabela 3 - Distribuição dos medicamentos segundo o Grupo Farmacológico.

Quanto às patologias dos participantes mais prevalentes destacam-se as do Sistema Músculo-Esquelético (Osteoartrose, n=20); seguidas do Psicológico (Perturbação do sono, n=12; Perturbações Depressivas, n=7); Sistema Endócrino, Metabólico e Nutricional (Alterações do metabolismo dos lípidos; n=11); Aparelho Circulatório (Hipertensão Arterial, n=10) e Olho (Dificuldade em ler, n=11; Cataratas, n=7), entre outras (Tabela 4).

<b>Classificação Internacional de Doenças</b>	<b>N</b>
<b>SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO</b>	
Osteoartrose	20
Osteoporose	2
Fratura da Coluna Lombar	1
Fratura de Costelas	1
Tendinite	1
Dores Lombares	2
Lesão do Disco (Lombar)	1
<b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b>	
Parkinsonismo (Doença de Parkinson)	2
<b>APARELHO CIRCULATORIO</b>	
Hipertensão Arterial	10
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	2
Arritmia Cardíaca	1
Insuficiência Cardíaca	6
Doença Cardiopulmonar	2
Veias Varicosas da perna	3
Hemorroidas	1
<b>SANGUE, SISTEMA</b>	
Anemia	3
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Asma	2
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	1
Insuficiência Respiratória	1
Neoplasia Maligna do Pulmão	1
Antecedentes de Tuberculose Pulmonar	2
<b>APARELHO DIGESTIVO</b>	
Neoplasia Maligna do Intestino	1
Síndrome do Colon Irritável	1
Obstrução Intestinal	1
Colelitíase	1
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
Cálculo Urinário	1
<b>APARELHO GENITAL MASCULINO</b>	
Hipertrofia Prostática Benigna	2
Neoplasia Maligna da Próstata	1
<b>APARELHO GENITAL FEMININO (INCLUINDO MAMA)</b>	
Fibromioma do Útero	2
Neoplasia Maligna da Mama	2
<b>ENDÓCRINO, METABÓLICO E NUTRICIONAL</b>	
Diabetes Não Insulinodependente	5
Alterações do metabolismo dos lipídios	11
Hipertiroidismo	1
Bócio	1
Hipotiroidismo	1
Neoplasia Benigna da Tireoide	1
<b>PSICOLÓGICO</b>	
Perturbação do sono	12
Perturbações Depressivas	7
Estado de Ansiedade	3
Neurastenia	1
<b>OLHO</b>	
Dificuldade em ler	11
Cataratas	7
<b>OUVIDO</b>	
Problemas de audição	3

Tabela 4 - Distribuição das patologias dos participantes segundo a Classificação Internacional de Doenças.



O estudo acerca do perfil de envelhecimento em Portugal, revela-nos que particularmente as mulheres e entre quem tem menor estatuto socioeconómico e menos instrução, à medida que se envelhece, verifica-se uma maior incidência de doenças crónicas, sobretudo do foro circulatório, osteo-muscular e endócrino, todos eles contemplados nas patologias mais prevalentes dos participantes do nosso estudo em que se destacam as do Sistema Músculo-Esquelético (Cabral, et al., 2013).

Comparando os medicamentos tomados com algumas das patologias mais prevalentes dos participantes do estudo, verificamos uma correspondência, exceto no que se refere à Hipertensão Arterial com um n=10, sendo que aqueles que fazem Anti-Hipertensores representam um n=23 e às Alterações do Metabolismo dos Lípidos com um n=11, mas com 16 participantes a referirem a toma de Antidislipídicos.

A função cognitiva foi também avaliada segundo o SPMSQ, verificando-se a partir da Tabela 5 que a maioria dos participantes (56,6%) apresenta uma deterioração intelectual baixa seguida duma função intelectual intacta (26,7%).

<b>Função cognitiva</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Função intelectual intacta	8	26,7
Deterioração intelectual baixa	17	56,6
Deterioração intelectual moderada	5	16,7
Deterioração intelectual grave	0	-

Tabela 5 - Avaliação da função cognitiva segundo o SPMSQ.

A aplicação do Índice de Lawton & Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007, permitiu-nos fazer a avaliação funcional dos participantes, podendo constatar-se a partir da Tabela 6 que a maioria é moderadamente dependente (56,6%) e independente (26,7%).

<b>Avaliação funcional</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Independente	8	26,7
Moderadamente dependente	17	56,6
Severamente dependente	5	16,7
Total	30	100,0

Tabela 6 - Avaliação funcional segundo o Índice de Lawton & Brody.

A avaliação do estado geral de saúde foi realizada através do Questionário do Estado de Saúde SF-12, constatando-se a partir da Tabela 7 que os participantes apresentam pontuações baixas, quer na escala total quer nos componentes físico e mental, revelando níveis baixos de saúde geral.

SF-12 e componentes	M	DP	Pontuação	
			Mínima	Máxima
Componente Físico	13,10	1,30	10	15
Componente Mental	21,80	2,91	14	28
SF-12 Total	34,90	2,68	27	40

Tabela 7 – Pontuações e médias da SF-12 e dos componentes.

A qualidade de vida dos participantes do estudo foi também avaliada a partir do WHOQOL-OLD, sendo apresentados na Tabela 8, as médias e os desvios padrão das sete facetas e dos respetivos itens, bem como a pontuação total da escala.

Facetas/Itens	M	DP
<b>Funcionamento Sensorial M=15,37; DP=4,35</b>		
As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato, afetam a sua vida	3,90	1,13
As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato, afetam a sua capacidade de participar em atividades	3,90	1,30
As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato, afetam a sua capacidade de se relacionar com as outras pessoas	3,93	1,20
Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)	3,63	,85
<b>Autonomia M= 14,53; DP= 3,10</b>		
Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões	4,00	,91
Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro	3,37	1,03
Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade	3,83	,75
Consegue fazer aquilo de que gosta	3,33	1,12
<b>Atividades Passadas Presentes Futuras M=13,13; DP=3,56</b>		
Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida	2,93	,94
Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece	3,17	,99
Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida	2,93	,94
Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece	3,17	,99
Está satisfeito (a) com o que tem alcançado na sua vida	3,77	1,01
Está satisfeito (a) com o que pode esperar da vida	3,27	1,23
<b>Participação Social M=12,70; DP=4,67</b>		
Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia	3,23	1,10
Está satisfeito (a) com a forma como ocupa o seu tempo	3,40	1,33
Está satisfeito (a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza	3,37	1,27
Está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade	2,70	1,29
<b>Morte e Morrer M=12,30; DP=1,92</b>		
Está preocupado (a) com o modo como irá morrer	3,37	1,03
Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte	2,67	1,12
Tem medo de morrer	2,47	1,11
Receia sofrer antes de morrer	3,80	,81
<b>Intimidade M=13,37; DP=4,20</b>		
Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima	3,43	1,07
Sente que tem amor na sua vida	3,40	1,10
Tem oportunidade para amar alguém	3,30	1,15
Tem oportunidade para se sentir amado(a)	3,23	1,14
<b>Família M= 13,33; DP=4,25</b>		
Está satisfeito (a) com as suas relações familiares	3,53	1,22
Está satisfeito (a) com o apoio que recebe da sua família	3,43	1,10
Está satisfeito (a) com o tempo que passa com os seus familiares	3,00	1,26
Sente que a sua família lhe dá valor	3,37	,96
<b>Pontuação total da escala WHOQOL-OLD M=94,73; DP=20,53</b>		

Tabela 8 - Resultados das facetas do WHOQOL-OLD.

Da análise dos resultados da escala WHOQOL-OLD, o valor médio do score dos participantes do estudo é de  $M=94,73$  e  $DP=20,53$ , ou seja, a amostra avaliou positivamente a sua qualidade de vida, registando-se valores significativos em todas as facetas. De seguida expomos os scores das diferentes facetas por ordem crescente: Morte e Morrer  $M=12,30$ ; Participação Social  $M=12,70$ ; Atividades Passadas, Presentes e Futuras  $M=13,13$ ; Família  $M=13,33$ ; Intimidade  $M=13,37$ ; Autonomia  $M=14,53$ ; e Funcionamento Sensorial  $M=15,37$ .

Os participantes avaliam as preocupações e os medos acerca de morte e morrer com scores mais baixos e a capacidade para viver de forma autónoma e tomar decisões (independência) com valores mais elevados.

Comparamos ainda a escala WHOQOL-OLD e as suas dimensões com o género, constatando-se através da observação da Tabela 9 que as mulheres idosas apresentam médias mais elevadas na escala total ( $M=95,78$ ;  $DP=21,63$ ), bem como de “Intimidade” ( $M=13,74$ ;  $DP=4,33$ ), “Família” ( $M=13,74$ ;  $DP=4,53$ ), “Atividades Passadas Presentes Futuras” ( $M=13,39$ ;  $DP=3,76$ ), e “Participação Social” ( $M=12,83$ ;  $DP=4,90$ ) relativamente aos homens. Por seu lado, os homens apresentam valores mais elevados de média nas subescalas “Funcionamento sensorial” ( $M=15,57$ ;  $DP=4,54$ ), “Autonomia” ( $M=14,57$ ;  $DP=2,88$ ) e “Morte e Morrer” ( $M=12,43$ ;  $DP=1,72$ ).

Dimensões	Género	N	M	DP
Funcionamento Sensorial	Feminino	23	15,30	4,40
	Masculino	7	15,57	4,54
Autonomia	Feminino	23	14,52	3,23
	Masculino	7	14,57	2,88
Atividades Passadas Presentes Futuras	Feminino	23	13,39	3,76
	Masculino	7	12,29	2,87
Participação Social	Feminino	23	12,83	4,90
	Masculino	7	12,29	4,15
Morte e Morrer	Feminino	23	12,26	2,01
	Masculino	7	12,43	1,72
Intimidade	Feminino	23	13,74	4,33
	Masculino	7	12,14	3,76
Família	Feminino	23	13,74	4,53
	Masculino	7	12,00	3,11
Escala total	Feminino	23	95,78	21,63
	Masculino	7	91,29	17,40

Tabela 9 - Relação entre a WHOQOL-OLD e as suas dimensões e o género.

Procuramos ainda caracterizar os participantes do nosso estudo, quanto ao Bem-Estar Espiritual através da aplicação da Escala de Bem-Estar Espiritual, apresentando as médias e os desvios padrão obtidos nas subescalas e nos respetivos itens, bem como a pontuação total da escala.

Subescalas/Itens	M	DP
<b>Fé Pessoal M=19,80; DP=6,87</b>		
1. Existe um Ser Supremo, ou Deus, criador da humanidade e que se preocupa com as suas criaturas	1,37	,56
2. Sinto-me em paz com Deus	1,60	,81
4. As minhas crenças espirituais dão-me força e conforto	1,53	,68
5. Acredito que Deus se interessa por todos os aspetos da minha vida.	1,63	,67
6. Confio o futuro a Deus	1,70	,79
7. As minhas crenças espirituais dão-me uma imagem positiva de mim e dos outros, enquanto membros de uma família.	1,93	,74
16. Sinto-me “longe” de Deus	1,57	,73
17. Tenho medo que Deus não responda às minhas necessidades.	1,90	,80
18. Receio que Deus não perdoe certas coisas que fiz.	1,77	,77
20. Sinto que perdi o amor de Deus.	1,50	,63
21. Não acredito ser possível receber o amor de Deus.	1,43	,63
<b>Práticas Religiosas M= 8,03; DP= 3,49</b>		
3. Acredito que Deus toma conta de mim.	1,53	,63
8. Pertencer a uma Igreja ou grupo espiritual é importante para a minha vida.	1,97	1,16
9. Sinto-me mais forte quando participo em cerimónias religiosas.	2,03	1,16
10. Para além da participar em cerimónias religiosas, sinto-me feliz por participar em serviços de voluntariado e em outras atividades.	2,50	1,04
<b>Paz Espiritual M=10,10; DP=3,76</b>		
11. Sinto-me apoiado por familiares e amigos que partilhem as minhas crenças religiosas.	2,23	1,04
12. Sinto-me confortado e apoiado na partilha espiritual com um membro da Igreja ou um amigo, por exemplo.	2,27	1,05
13. A oração em privado fortalece o meu relacionamento com Deus.	1,77	,82
14. A leitura e a reflexão sobre assuntos religiosos ou espirituais ajudam-me a falar com Deus.	2,27	1,05
19. Sinto-me revoltado contra Deus por permitir que aconteçam “coisas más” a mim ou às pessoas de quem gosto	1,57	,73
<b>Pontuação total da Escala de Bem-estar Espiritual M=37,93; DP=11,85</b>		

Tabela 10 – Resultados das subescalas da Escala de Bem-Estar Espiritual.

Da observação da tabela 10, verificamos que a média do Bem-Estar Espiritual dos participantes do estudo foi de 37,93, com um desvio padrão de 11,85. Por sua vez, a subescala “Fé Pessoal” apresenta a média mais elevada (M=19,80; DP=6,87), seguida da Paz Espiritual (M=10,10; DP=3,76) e Práticas Religiosas (M= 8,03; DP= 3,49).

Entendemos ainda apresentar na tabela 11 a relação entre a escala e subescalas do Bem-estar Espiritual e o género.

Variáveis	Género	n	M	DP
Subescala “Fé pessoal”	Feminino	23	18,35	5,50
	Masculino	7	24,57	9,07
Subescala “Práticas religiosas”	Feminino	23	7,43	3,42
	Masculino	7	10,00	3,16
Subescala “Paz espiritual”	Feminino	23	9,78	3,74
	Masculino	7	11,14	3,93
Escala total	Feminino	23	35,57	9,91
	Masculino	7	45,71	15,06

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo o Bem-Estar Espiritual e o género.

Quando comparamos a escala e subescalas do Bem-Estar Espiritual com o género, constatamos que os homens apresentam valores médios mais elevados em todas elas do que as mulheres. Situação análoga se verifica relativamente ao desvio padrão à exceção da subescala “Práticas religiosas”.

### CAPÍTULO III – DO PROCESSO DE ENVELHECER SOZINHO DEPOIS DOS 80: OS RESULTADOS

A análise comparativa constante dos dados colhidos através das entrevistas originou uma estrutura global composta por três categorias principais relativas ao processo de envelhecer sozinho depois dos 80: as condições contextuais, as condições influenciadoras e as estratégias utilizadas para se manterem a viver sós depois dos 80. Cada categoria é por sua vez composta por diversas subcategorias que procuram ampliar a compreensão do processo de viver sozinho envelhecendo depois dos 80 anos (Tabela 12).

O PROCESSO DE ENVELHECER SOZINHO DEPOIS DOS 80	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
As condições contextuais	A desagregação da família Quando é inevitável envelhecer sozinho depois dos 80 Quando a família tem outras prioridades e se resignam a envelhecer sozinhos depois dos 80 Quando a vida depois dos 80 oferece outras opções: “A busca da independência” Como olham a possibilidade de ida para um Lar
Condições influenciadoras	As características pessoais e a autonomia O suporte familiar O estado de saúde A situação financeira A espiritualidade
Âmbito das estratégias para se manterem a envelhecer sós depois dos 80	Da saúde Das relações sociais Da espiritualidade: a procura da transcendência

Tabela 12 - Categorias e Subcategorias resultantes da análise comparativa constante.

## 1. CONDIÇÕES CONTEXTUAIS

O facto de a população estar a envelhecer determina um maior número de pessoas que chegam à velhice e os que a alcançam vivem por mais tempo, o que origina hoje em dia famílias que compreendem três ou quatro gerações, ampliando consideravelmente as possibilidades de “*arranjos familiares*” (*Living Arrangements*) na população idosa, sendo um dos mais comuns em idade avançada, o viver sozinho (Moreira, 2008, p. 47).

Procuramos neste momento ir à procura das condições contextuais deste “arranjo familiar”, a partir da análise dos dados para assim compreendermos como chega a pessoa idosa a encontrar-se só em idade tão avançada.

### 1.1. A desagregação da família

Chegar a uma idade tão avançada confronta estas pessoas com a perda daqueles que lhes são mais próximos e com a possibilidade de passarem a viver sozinhos, apesar de alguns se terem deparado com esta situação mais precocemente tal como apresentaremos a seguir.

Passamos a desrever os diversos eventos relacionados com estas perdas, que designamos por “*A desagregação da família*”, optando por sistematizar as várias situações anteriores que antecederam o evento que conduziu a pessoa idosa a morar sozinha.

#### Casado sem filhos dependentes e o falecimento do cônjuge

Começamos pela situação mais comum da pessoa idosa casada, com os filhos autónomos e fora de casa, apenas com o cônjuge como companhia e que fica **viúvo já com uma idade avançada**, próxima dos 80 anos, tal como aconteceu com Maria Flor: *Fiquei viúva aos 82 anos e tenho a família toda dispersa. Foi a vida que se proporcionou assim. Tenho uma filha em Lourenço Marques, tenho um filho em Lisboa* (P 5).



A vivência de uma vida longa em comum, debaixo do mesmo teto, surge então como determinante para a decisão de passar a viver sozinho na casa que foi sempre dos dois: *Vivo sozinha vai fazer agora 5 anos em Abril que o meu marido morreu, tinha eu 76 anos. Mas ele sofreu muito e eu vi-o sofrer. (...) Foi muito triste! Estive em casa metida 15 dias que nem conseguia sair. Ainda agora sinto muito a falta dele. Mas quando o meu filho e a minha nora me vieram trazer depois do funeral eu disse assim: “Eu agora tenho de ficar aqui. Esta é a minha casa, vivi aqui sempre com o meu marido” E assim foi. Agora à noite ligo a luz do corredor e a da cozinha, depois fecho esta porta, desligo a luz, desligo a televisão e lá durmo”* (P 27).

Percebemos também que quem enviuvou tardiamente vive ainda com muita intensidade a saudade do seu companheiro, tal como nos diz Helga, casada três vezes, com todos os filhos fora, que nunca soube o que era viver sozinha até ao falecimento do seu último marido, há três anos: *Fiquei viúva do meu último marido há três anos e passei a viver sozinha a partir daí. Faz-me muita falta a presença dele. Dávamo-nos muito bem. Divertíamos-nos imenso juntos”* (P 14).

Outros ficaram viúvos há mais tempo, o que os levou a morar sozinhos com uma idade menos avançada e na altura, com menos limitações e desafios, como aconteceu com Isabel, agora com 80 anos: *Vivo sozinha desde que estou viúva há 15 anos, na altura ainda era nova, tinha 65 anos, tinha saúde e na primeira semana depois da morte do meu marido ficou cá em casa uma minha irmã que é solteira e depois tudo aconteceu naturalmente”* (P 25).

### **Viúvo ou separado/divorciado com filhos dependentes e a saída de casa dos filhos**

A situação, de viuvez ou de separação/divórcio do cônjuge, aconteceu em alguns casos há tantos anos que ainda tinha a viver consigo filhos dependentes, passando a viver sozinhos aquando da sua saída para casar e formar família. É o caso de Rita e Lara, que ficaram viúvas muito cedo, ambas com o filho mais novo ainda em casa:

*Perdi o meu marido há 30 anos em Abril. Em Maio o meu filho casou (...). E eu em dois meses fiquei sozinha com um cão que era muito querido, numa casa enorme com quatro frentes, 22 janelas* (P 12).

*Desde que o meu marido morreu, há 45 anos. Fiquei viúva em 1980. Nesse ano morreu o meu marido e o meu pai. Eu ainda era muito nova. O meu filho mais novo ainda estava comigo mas casou ainda nesse ano (P 20).*

Também Ludovina, agora com 81 anos, divorciou-se aos 29 anos, ficando na altura com os quatro filhos ainda crianças para criar: *Depois de me ter separado do meu marido, a primeira a casar foi a minha filha e depois os 3 rapazes também foram casando e entretanto vi-me sozinha mesmo, tinha eu sessenta e poucos anos (P 17).*

### **Viúvo com filho a morar em casa e o falecimento do filho ou incompatibilização**

Acontece também que alguns depois de ficarem viúvos, continuam a viver com um dos filhos, nomeadamente pelo facto de sempre terem tido aquele filho a morar com o casal, sendo no entanto diversos os desfechos que entretanto conduzem a pessoa idosa a morar só definitivamente. Passamos a alguns relatos.

Felisbela apesar de ser viúva, só passou a morar sozinha depois do falecimento de uma filha solteira que sempre viveu com o casal: *Mas depois que fiquei viúva ainda tive uma filha aqui a morar comigo, que faleceu há cinco anos mas viveu sempre aqui comigo. Só fiquei mesmo sozinha depois da morte dela (P 1).*

Duarte, agora com 81 anos, perdeu a sua companheira de toda a vida há três, tendo na altura uma filha e o neto a viverem com o casal, passando a morar sozinho depois de se ter **incompatibilizado com a filha**, o que levou à sua saída e do neto de casa: *Eu não sei onde é que ela [a filha] vive. Ela vivia aqui comigo mas zangamo-nos e saiu daqui com o filho há quase três meses (P 22).*

### **Casado que nunca teve filhos e o falecimento do cônjuge**

Constatamos também na fala dos participantes **que nunca tiveram filhos** alguma nostalgia e mesmo a convicção de que este facto foi determinante para a situação atual de viverem sozinhos. É o caso de Antónia e Carmo que nos dizem:

*Desde que o meu marido morreu, há 4 anos e como não tive filhos, fiquei mesmo sem ninguém! (P 13).*

*(...) Tenho de me conformar [em viver sozinha] porque não tenho família, divorciei-me muito nova e nunca tive filhos, só sobrinhos que têm as suas vidas (P 21).*

### **Solteiro a viver com os pais e/ou irmão e o falecimento dos pais e/ou irmão**

Na sua maioria, os participantes deste estudo que são solteiros fizeram a opção de viver com os pais ou irmãos e cuidar deles até estes falecerem, passando a viver sozinhos, a partir daí, mas tal como aconteceu com os que enviuvaram cedo, também alguns perderam os seus entes queridos há muito tempo, sendo-lhes já muito familiar esta condição: *(...) eu vivi com os meus pais até à morte primeiro da minha mãe e depois do meu pai. Fui uma grande companhia para o meu Pai. Só depois de ele morrer é que eu vim para aqui viver sozinha, já faz 40 anos (P 3).*

Aninhas, também solteira, viveu e cuidou dos pais até ao seu falecimento e posteriormente de um irmão com graves problemas psiquiátricos até ao final da sua vida, passando a viver sozinha a partir daí.

*Vivi sempre com os meus pais, numa casa enorme. A minha mãe morreu primeiro e depois quando o meu pai morreu, eu vim viver para este apartamento com o meu irmão que já estava adoentado com um problema psíquico (...). Só que esse meu irmão infelizmente começou a ter depressões sobre depressões que chegou a um estado tal que teve de ser internado. Correu as psiquiatrias todas aqui do Porto até que em 1990, morreu no Hospital. A partir daí fiquei mesmo sozinha, tinha eu perto dos meus sessenta anos (P 26).*

Por último, Rosa, solteira, desde muito nova decidiu viver com a irmã que tal como ela também não casou, sendo neste caso, a morte recente da irmã, o evento que a levou a encontrar-se sozinha neste momento e tal como aqueles que enviuvaram recentemente, também ela se encontra ainda numa fase de tristeza e saudade do seu ente querido: *Não é por causa da idade que sinto dificuldades em viver sozinha mas porque não estou habituada. Eu vivia com a minha irmã, mas ela morreu há ano e meio e desde aí vivo sozinha. Eramos as duas solteiras e quando eramos novas decidimos viver as duas uma com a outra (P 15).*

Após a descrição dos diversos eventos que retratam a “A desagregação da família” e contextualizam o facto da pessoa idosa se encontrar só em idade tão

avançada, passamos à análise dos dados que possibilite a compreensão da decisão de passar a morar sozinha.

## 1.2. Quando é inevitável envelhecer sozinho depois dos 80

Envelhecer sozinho depois os 80, é experienciado por alguns, como desagregador e desconfortável, fazendo-os ter um olhar inconformado para com esta condição de grande fragilidade, que encaram como uma **inevitabilidade** que se prende com diversas razões as quais passamos a descrever.

**Estar só no mundo** emerge como uma das condições que está na origem de se considerar uma inevitabilidade viver só com idade tão avançada, associada particularmente à morte de todos os familiares que lhes são próximos: *Agora neste momento com os problemas que tenho nas pernas, se estivesse a viver com família seria melhor mas não tenho ninguém! Se me acontece qualquer coisa aqui sozinha, como vou fazer, por exemplo para ir ao hospital* (P 9), ao facto de nunca ter tido filhos: *As circunstâncias é que me levaram a viver sozinha porque como lhe disse divorciei-me muito cedo e como não tive filhos, não pode ser de outra maneira* (P 21), mas também à distância geográfica: *Se eu pudesse, gostava que o meu filho que está em Coimbra vivesse comigo [emociona-se, vindo-lhe as lágrimas aos olhos] para estar mais acompanhado. Mas ele não pode. Eu sei que ele tem de trabalhar mas se vivesse aqui sempre me ajudava em algumas coisas que para mim já são mais difíceis, quando estivesse aqui por casa* (P 22).

No entanto, este olhar para a condição de se encontrar só depois dos 80 como uma inevitabilidade, prende-se também com o facto de os familiares que consideram mais próximos e mais especificamente os filhos, **não se disponibilizarem para tomar conta** por existirem relações familiares conflituosas. Evidenciam então uma atitude inconformada com o abandono a que se sentem votados, falando-nos da falta de apoio no seu dia-a-dia, que desejariam fosse dado por alguém próximo, nomeadamente um filho, quando a falta de saúde e a perda da autonomia se instalou. Faustina, com 94 anos, ficou viúva aos 83, passando a viver sozinha a partir daí. Para ela: *Não é bom, nada bom viver sozinha. Sinto-me abandonada* (P 6), revelando não se conformar com a situação porque considera que quando enviuvou estava muito esgotada por ter cuidado durante dez anos do marido acamado, partilhando em tom de desabafo a sua

tristeza por não ter sido também ela cuidada pelo seu único filho, nessa altura: *Foi depois que o meu marido morreu que fiquei sozinha, mas eu não devia ter ficado, devia ter tido alguém a cuidar de mim que eu estava muito esgotada. Mas o meu filho não se ofereceu! Foram dez anos com ele [marido acamado] e eu fiquei muito cansada, muito esgotada* (P 6). Responsabiliza ainda a atual companheira do filho pelo facto deste não se disponibilizar para cuidar de si: *Eu estou sozinha porque ela [atual companheira do filho] não me quer porque se fosse uma pessoa amiga da família, não fazia isto, não me abandonava, porque ela havia de pensar que eu que estou sozinha e que ela é que me roubou o meu filho* (P 6).

Duarte de 81 anos, viúvo há três, pobre e muito doente, chegou mesmo a viver com a filha e neto que já moravam com o casal antes de enviuvar, mas uma situação de conflito em que se incompatibiliza com a filha responsabilizando-a inclusivamente pela morte da sua esposa, leva-a a sair de casa com o neto, ficando a viver sozinho de há três meses para cá: *Agora estou melhor mas vivi muito mal tudo por causa da minha filha. Foi ela que ajudou à morte da minha mulher [emociona-se e começa a chorar]. (...) Ela é má! É muito má! Depois da minha mulher falecer ainda viveu aqui com o meu neto mas fugiu há uns três meses e deixou-me para aqui sozinho* (P 22).

A inevitabilidade de envelhecer só depois dos 80 emerge ainda dos dados associada à **impossibilidade de contratar um cuidador por situação financeira precária**, considerada por Faustina como uma solução que lhe permitiria manter-se na sua casa apesar da saúde débil e da perda de autonomia em que se encontra e afastando assim a hipótese de ida para um Lar: *Se eu tivesse dinheiro era o que eu fazia, pagava a uma senhora para cuidar de mim. Preferia isso a ir para um Lar. Nem gosto de pensar que me tirem da minha casinha apesar de não ter saúde* (P 6). Também Norberta nos diz que ficou viúva recentemente e terá que inevitavelmente viver só por não ter possibilidade financeira para contratar um cuidador: *Viver sozinha não tem nada de bom. É muito mau. Gostava de ter aqui alguma pessoa mas era aqui em minha casa que me ajudasse e fizesse companhia mas já me conformei porque não tenho dinheiro para isso* (P 27).

Compreendemos também que quem se encontra numa situação de grande fragilidade e risco por estar só no mundo, ser doente e pobre, continua a rejeitar a possibilidade de ida para um lar que conotam com a morte em diversas perspetivas, considerando mesmo ser preferível a morte à perda de uma independência, que já não

têm mas que consideram ainda existir pelo facto de se manterem nas suas casas mesmo que totalmente dependentes da ajuda de outros: *Penso muito no futuro. Só não quero é ir para um lar. Só peço a Deus que se eu cair numa cama que Deus me leve. Não queria ir para mais lado nenhum. Já vi sair do meu cantinho e perder a minha independência? Agora estou à espera para ser operada à vista, a uma catarata mas se não ficar bem que Deus me leve. Tudo menos ir para um Lar!* (P 13).

### **1.3. Quando a família tem outras prioridades e se resignam a envelhecer sozinhos depois dos 80**

A análise dos dados levou-nos também a compreender que existem aqueles que se resignam com a condição de envelhecerem sós depois dos 80, passando neste momento a explicar aquilo que concorre para que tal aconteça. Da voz dos participantes que vivenciam esta atitude resignada, emerge com maior evidência o desejo escondido de viver esta etapa das suas vidas junto dos que lhes são mais próximos, mas não o fazendo para deste modo não interferirem na vida atual e privacidade das novas famílias que se formaram.

*O que eu mais adorava era viver com um dos meus filhos mas era incapaz de o fazer porque não quero incomodar, senão adorava. Diz que a sogra não deve viver tão perto que possa vir de chinelos nem tão longe que precise de trazer mala. Eu sei que acabava o meu problema de solidão mas não quero interferir na vida deles* (P 12).

*Preferia viver com uma dessas pessoas mais íntimas, por exemplo um filho mas como todos têm as suas vidas, prefiro viver sozinha do que com uma pessoa estranha porque assim estou à minha vontade e faço o que quero* (P 20).

Já Fátima, fala-nos do quanto gostaria de ter a filha por perto e de como se resignou em envelhecer só, pelo facto de o genro se opor com frontalidade a essa possibilidade.

*Eu estou a envelhecer mas o meu genro não gosta de velhos e a minha filha tem uma luta muito grande por minha causa. E então quando fiquei viúva há 14 anos, ele não me quis junto deles. Fez tudo para eu não ficar junto deles. Não era em casa deles que eu isso não queria mas à beira deles, num andar ao lado. Esta foi a minha escolha, de viver sozinha porque ainda me sinto capaz de cuidar de mim com pouca ajuda mas gostava de estar mais próxima deles (...). Tem sido uma luta horrível mas tenho que me resignar* (P 8).

Emerge ainda dos dados a preocupação de não perturbar a vida dos seus familiares mais próximos, de um modo particular os filhos, com os seus problemas de saúde ou eventual perda da autonomia, optando assim por omitir alguns eventos com que se deparam.

*A minha preocupação é a minha família. Eu posso estar doente, posso estar tão em baixo que até posso ter problemas para me vestir, mas não interessa, eu tenho que me desenvencilhar, só para não lhes dar que fazer (P 8).*

*Não penso nisso [no sofrimento antes da morte]. Só me preocupa poder vir a dar trabalho aos meus filhos, à minha filha principalmente (P 20).*

*O meu filho entretanto telefonou-me à hora do costume [depois de ter sofrido uma queda] mas eu não lhe disse nada para não o preocupar nem afligir. Só no dia a seguir é que lhe disse mas já estava tudo melhor. Mas aí ele ficou zangado comigo por não lhe ter ligado (P 28).*

Também como já foi dito anteriormente, Marcília depois de enviuvar, não quis abandonar um dos filhos que considera problemático, mantendo-o a viver em sua casa. Mas também os seus problemas de incontinência se foram agravando, o que causou um mal-estar na convivência diária dos dois que passou a ser-lhe desconfortável, consciencializando então a necessidade e vontade de passar a viver sozinha.

*Mas eu não me sentia à vontade a viver com o meu filho. Sabe que eu já tenho uma idade com muitos problemas intestinais, às vezes tenho umas “desanda” e também problemas de chichi, eu uso fralda, enfim problemas de casa de banho e isso causa um ambiente que eles [filhos] não compreendem e então decidi que queria viver sozinha porque ainda me sinto capaz de lidar com estas contrariedades da velhice sem precisar de grande ajuda (P 2).*

No seu caso é muito evidente também a preocupação em não incomodar não apenas este filho mas todos os outros, desculpabilizando a falta de suporte que lhe dão, com a vida muito ocupada que têm ou falta de saúde, resignando-se assim a ver-se privada de alguns bens essenciais no seu dia-a-dia ou mesmo da ida ao médico, uma vez que a sua saúde já muito débil não lhe permite sair de casa sem ser acompanhada.

*Mas [vem visitar-me] pouco porque também tem muitos problemas [a filha] e eu não a quero preocupar. Porque vejo que as minhas filhas têm uma vida terrível como todas as da idade delas, com o trabalho e com os filhos (P 2).*

*Só aquela [filha] que lhe disse há pouco mas que é muito doente [é que a visita] e eu não a quero preocupar (P 2).*

*Ainda noutro dia, estive para aí 3 dias sem leite, mas não gosto de incomodar. Mesmo ao médico, não vou para não incomodar (P 2).*

*Não, não vou [ao Centro de Saúde] porque dá trabalho sabe e eu detesto dar trabalho. Foi uma coisa que me preocupou sempre muito, foi ter que dispor dos outros (P 2).*

*Olhe eu já me conformei com esta vida que tenho e agora o que quero é continuar a estar aqui nesta casa que eu adoro e sem dar trabalho a ninguém (P 2).*

#### **1.4. Quando a vida depois dos 80 oferece outras opções: “A busca da independência”**

Envelhecer sozinho depois dos 80 pode no entanto ser experienciado por alguns como libertador e energizante, emergindo dos dados como uma opção que se prende com a necessidade de manter a sua individualidade e porque desejam viver de forma independente, o que traduzimos por **“a busca da independência”**. Apesar das inevitabilidades que o avançar da idade lhes pode trazer, nomeadamente na capacidade para fazer face ao desempenho das funções do dia-a-dia, valorizam viver de forma independente sem ajuda ou então apenas com alguma ajuda de outros: *Lembro-me muito bem que me custou muito o primeiro mês que vivi sozinha que foi a adaptação, depois habituei-me de tal maneira que até lhe digo, pagava para não ter ninguém em casa. Estou muito bem agora. De noite fecho a porta e ninguém me incomoda. E então ganhei uma independência que hoje em dia não gostaria nada de ter alguém aqui (P 26).*

Esta valorização emerge nalguns dos participantes como uma **característica** muito evidente que reconhecem desde a sua juventude, norteando inclusivamente a decisão de viverem sozinhos desde muito cedo e não apenas a partir do confronto com a desagregação da família em idade mais avançada.

*Tem graça que eu quando era novita namorisei com um rapaz e gostava muito que ele aparecesse para conversar mas depois pensava assim: (...) Olha eu deixar a minha vida para namoro! (...) Nunca fui de querer casar. Sempre gostei de fazer as coisas à minha maneira. Por isso é que vivo sozinha (P 11).*

*Trabalhei sempre, apesar do meu segundo marido não querer. Queria que estivesse em casa mas eu nunca quis. Portanto fui sempre muito independente e por isso valorizo tanto manter-me independente para continuar a escolher a vida que quero para mim (P 14).*

*Para mim ser independente é o mais importante porque se nós estivermos dependentes de alguém é pouco justo. (...) Fui sempre assim, mesmo em todas*



*as decisões que tomei ao longo da minha vida, como casar com a minha mulher que era mãe solteira. Nunca decidi pela cabeça de ninguém e na altura a minha mãe foi contra. Mas eu decido sempre pela minha cabeça (P 23).*

*Mas eu sou muito desempoeirada. Sempre fui assim. Se for preciso também vou ao cinema ou até a um café sozinha. (...). Por isso é que escolhi viver sozinha porque tenho as ferramentas para isso (P 26).*

Estar preparado para viver de forma independente nesta idade já avançada emerge também associado à **educação** que se teve em criança: *Mas a minha mãe soube cuidar de 5 filhos, (...) ela dizia-nos. ‘Eu vou para o rio, tu vais lavando os pratos’. E eu lá aquecia a água numa cafeteira, ainda hoje faço isso e lá lavava a louça toda. Então ela preparou-nos para a vida e foi por isso que eu neste momento estou preparado para viver sozinho e quero (P 16).*

Valorizam particularmente manter-se nas suas casas pela possibilidade que lhes dá de viver de acordo com as suas regras e preferências e mesmo quando já percecionam a sua saúde como débil, optam por continuar a envelhecer sozinhos a ir para um Lar ou viver com um familiar: *É uma coisa que não penso em viver com algum dos filhos. Valorizo muito a minha casa e a minha independência apesar da saúde já ser pouca! Há um dos filhos que já me sondou com a hipótese de um Lar mas eu digolhe assim: “Oh filho, não me fales nisso que eu já tenho um Lar, a minha casa e é nela, que eu quero viver (P 24).*

De modo a melhor descrever a opção de morar sozinho depois dos 80, apresentamos o olhar destas pessoas face a diversas alternativas equacionadas e algumas delas mesmo experienciadas (viver com um familiar, ter um familiar por perto, um novo relacionamento, a ida para um lar) e o modo como a valorização da independência tem um papel preponderante na sua decisão final.

Ao contrário dos que encararam a situação de envelhecer sozinhos com resignação, considerando como situação ideal, viver com um familiar se este assim se dispusesse, estes olham essa possibilidade, como uma perda da sua independência, optando por viver sozinhos, enquanto a saúde e a autonomia lhes permitirem.

*Eu decidi estar sozinha e não quero chamar para aqui ninguém porque graças a Deus ainda me sinto em condições para cuidar de mim e por isso deixo-me estar e cá estou. Assim posso fazer aquilo que eu entendo, porque se eu tivesse aqui alguém, a filha ou o neto, eu não podia pensar assim: “olha, hoje vou à*

*missa” que é às sete, a gente só chega às oito e tal e depois é o comer, roupas de mais para dar a ferro, para lavar, era demais, era muito trabalho (P 1).*

*Se ficar dependente, tenho a minha filha que sei que vai tomar conta de mim. Mortinha está ela por isso mas enquanto me puder manter assim, fico sozinha (P 1).*

*Isso se um dia for parar a uma cama, a minha filha mais velha fica comigo de certeza. Ela já me teve a viver com ela, eu é que não quis (P 4).*

Compreendemos ainda que mesmo quando a saúde já é débil, mantêm este desejo de viver a sua vida nas suas casas de acordo com as suas convicções e preferências.

*Também não quis ir para casa de nenhum dos filhos porque ainda me sentia capaz de viver sozinha e aqui estou. Na minha casa mando eu. Sou dona do meu mundo. O que mais gosto todos os dias é de poder continuar a fazer as coisas à minha maneira, mesmo com as dificuldades que já tenho (P 29).*

*As minhas sobrinhas que vivem em Braga estão sempre a dizer para eu ir para lá, porque dizem que vivo aqui num buraco, mas eu enquanto puder estou aqui na minha casa. Que me deixem estar porque aqui mando eu e lá mandam elas (P 7).*

Encontramos ainda aqueles para quem esta possibilidade de viver com um filho nem se coloca pelo menos enquanto se sentirem capazes de cuidar deles.

*Enquanto estiver capaz de cuidar de mim, é assim que quero estar. Adoro as minhas filhas mas não me vejo a viver com elas. Quando fui operada ao joelho fiquei em casa da mais velha e ela coitada fez tudo para eu me sentir bem mas eu logo que pude quis ir para a minha casa. Sempre vivi aqui desde que casei, há uns 55 anos. E depois fecho a porta e faço o que quero. Vejo os programas de TV que quero, deito-me quando quero, não há nada que pague isso! (P 25).*

Mas viver com um filho chegou mesmo a ser experienciado por alguns dos participantes do nosso estudo. Foi o que aconteceu com Ester que no dia em que ficou viúva foi dormir a casa da filha mais velha e por lá ficou mais três anos. Conta-nos que passava o dia na casa onde sempre viveu com o marido e filhas até casarem, só indo à noite para casa da filha onde dormia na sala apesar de a neta ter disponibilizado o seu quarto para a avó. Como todos trabalhavam e a neta estudava, de manhã antes de sair deixava a casa toda arrumada e adiantava o que fosse preciso para a noite e só depois retomava a sua vida. Esta situação começou a gerar nela um grande desconforto, sentindo como se tratasse de um emprego, não tendo no entanto coragem de desapontar a filha. Mas já tinha consciencializado a perda da sua independência e o valor que lhe

atribuía. Quando a filha optou pela pré-reforma viu aí a oportunidade de voltar definitivamente para a sua casa e assim viver os seus dias de acordo com os seus objetivos que são muito concretos, nomeadamente o voluntariado diário que faz na Igreja.

*Entretanto a minha filha foi convidada a vir com a pré-reforma (...) Nesse dia cheguei a casa e pedi: “Senhor dá-me forças para que possa ficar na minha casa, porque isto não tem jeito nenhum. Parece um emprego. Vou à noite, venho de manhã” (...) mas a minha filha ficou triste. Tomei a minha decisão de voltar a ir dormir para a minha casa [depois do marido falecer] e disse-lhe: “olha filha, eu vou-me adaptar e se não me sentir bem volto aqui a dormir” mas não voltei porque consegui tratar das minhas coisinhas sozinha (P 4).*

Felisbela teve a viver em sua casa a filha, o genro e o neto para lhe darem uma ajuda nos primeiros tempos após ser submetida a uma Prótese Total do Joelho. Esta estadia acabou por se prolongar por três meses, confrontando-a com o desconforto da perda da sua independência que a levou a verbalizar a vontade de voltar a ficar sozinha.

*Quando vim para casa depois de pôr a prótese [no joelho], a minha filha (...) ficou cá 3 meses (...). Como estava aqui e meteu baixa, fazia as limpezas e punha tudo à maneira dela. E eu, quando comecei a ficar melhor, queria isto ou aquilo e era assim: “ai eu não sei onde é que está”! Depois, o meu genro chegava do trabalho muito tarde para comer, (...) e eu para comer gosto às oito horas e estava a ver que eles já não queriam ir embora e eu disse-lhe: Olha filha, se tu não te importares agora ide para casa que eu já posso cuidar de mim”, e eles lá foram mas com pouca vontade mas eu assim fiz a minha escolha de viver sozinha (P 1).*

A possibilidade de ter um familiar por perto, é experienciada ou então equacionada por alguns, pela segurança que oferece para alguma ajuda que possa ser necessária, possibilitando-lhes ao mesmo tempo continuar a viver de uma forma independente.

*No dia em que o meu marido morreu eu senti muito, só pensava: “O que é que há de ser de mim”? (...) Então a minha filha perguntou-me porque é que eu não vinha viver para um andar para o pé dela e foi quando eu arranjei esta casa quase ao lado dela(...). Assim estou perto dela e da minha neta mas eu tenho a minha independência. Elas são muito minhas amigas e sei que se um dia eu precisar tomam conta de mim e eu sinto-me bem porque também as ajudo muito (P 19).*

*“Eu gosto de viver sozinha mas o ideal seria estar mais perto de alguém de família. (...) Preferia viver por exemplo numa casa em que eu estava por exemplo no rés-do-chão, independente e estivesse alguém de família ou amiga no andar de cima. Eu podia continuar a viver sozinha a cuidar de mim, mas tinha alguém por perto (P 15).*

Alberto fala-nos mesmo da situação particular que vivencia de suporte por parte dos filhos que se organizaram por forma a estarem por perto, o que foi determinante para a sua decisão de morar sozinho, depois de ficar viúvo.

*Na altura [quando ficou viúvo] tive que fazer uma escolha de vida que foi continuar a viver na minha casa com o convívio dos filhos e com a ajuda deles. Não é ajuda monetária mas sim ajuda moral. Mesmo quando tenho algum problema de saúde, estão sempre prontos em ajudar em qualquer dificuldade que eu possa ter (P 24).*

Outra situação particular que emerge dos dados é a **experiência de um novo relacionamento** e o modo como a valorização da independência foi preponderante na decisão de voltar a viver só apesar da idade avançada.

Ludovina passou por um divórcio tinha 29 anos ficando com os quatro filhos pequenos para criar. Valeu-lhe a determinação, trabalhando incansavelmente para sustentar a família. Entretanto todos os filhos casaram e saíram de casa, encontrando-se sozinha com pouco mais de sessenta anos e assim viveu por mais doze, quando encontrou um namoro da sua juventude que a levou a tomar a decisão de no final de tantas décadas sem companheiro, passar a viver em união de facto. O dia-a-dia com este homem confrontou-a com a realidade de lhe ser exigido que fosse aquilo que não era na sua essência e assim viveu por 10 anos: *Passado 12 anos de me ter separado e estar sozinha encontrei um senhor que foi meu companheiro e que já tinha sido meu namoro em catraia. Julguei que ia para um mar de rosas mas não foi. Vivi com ele 10 anos mas a minha maneira de ser não tinha nada a ver com a dele, porque eu tenho esta energia toda e ele é uma pessoa muito parada e queria que eu fosse aquilo que ele era mas eu não quis (P 17).*

Viver com alguém não significa necessariamente estar bem, podendo a presença de outra pessoa não permitir a expressão da individualidade do próprio, passando a constituir uma ameaça à autonomia e independência, o que conduziu Ludovina à decisão de se separar deste homem no sentido de retomar o que perdeu.

*Eu sou eu e ninguém me força a nada e ao fim de 10 anos separamo-nos. Até hoje nunca mais me tive ninguém. Nem preciso. Sinto-me tão capaz de lidar com o meu dia-a-dia sem precisar de um homem ao meu lado. Até lhe digo que passo bem melhor assim.”; “Não estou para aturar homens. Eu quero ser livre. Daqui em diante vou fazer aquilo que eu gosto. Portanto separamo-nos e comecei a fazer caminhadas sozinha, a sair com amigas, a dar passeios, a dançar, porque eu gosto muito de dançar e comecei a fazer das minhas (P 17).*

Emerge ainda dos dados aliado a esta valorização da independência que os faz optar por envelhecer sozinhos, não querer **sobrecarregar a família** e de um modo particular os filhos, com os seus problemas de saúde e eventual perda da autonomia, esforçando-se para se manterem saudáveis e autónomos.

*O que eu mais quero é que a minha saúde me permita viver assim, sem dar que fazer a ninguém (P 1).*

*Às vezes já me tenho sentido mal, e penso “chamo alguém, não chamo? Chamo o João? Mas o J. [filho mais novo] a esta hora está a dormir! Chamo a I. [nora] que é ótimo porque é enfermeira mas como ela não conduz e teria que vir de táxi, não chamo, para não incomodar (P 5).*

*Faço por não incomodar muito os meus nem os de fora e Graças a Deus sinto-me feliz por isso. Fui sempre assim. Suportei sempre tudo mais ou menos (P 7).*

*O que eu mais quero é não vir a dar trabalho nem sobrecarregar os meus filhos. Então esforço-me por isso (P 14).*

*Porque eu não vou incomodar a família. E mesmo as amigas, tenho grandes amigas que me fazem grande festa quando me encontram mas eu não vou incomodá-las porque estou doente (P 15).*

*Vou procurando sempre manter-me o melhor possível que é para não dar trabalho! (P 23).*

Falam-nos ainda de como gostariam que a **morte** surja de repente, para do mesmo modo não sobrecarregarem a família: *Não quero dar trabalho a ninguém. É o que eu mais quero. Quantas vezes peço “Quando me der que seja por uma vez”. Prontos, morreu o Sr. João (P 16).*

### ***Ser Independente***

Consideramos importante abordar o conceito de independência para assim clarificar aquele que norteou a análise indutiva dos dados deste estudo.

É considerado não haver consenso na literatura quanto ao significado da independência para adultos mais velhos, tornando-se difícil de avaliar ou medir a intenção ou o resultado de programas cujo objetivo seja ajudar os idosos a manterem a sua independência, podendo a sua avaliação ser por vezes reduzida a um único resultado: viver sozinho. É no entanto sugerido que a independência real ou percebida é influenciada por fatores históricos e culturais, bem como pelos recursos físicos, cognitivos, psicológicos, sociais, espirituais e económicos de cada um (Baker, 2000).

O conceito de independência que serviu para orientação na fase de análise indutiva dos nossos dados foi o apresentado pela OMS em 2002, relacionado com o envelhecimento ativo e definido como *"a capacidade para executar as funções relacionadas com a vida diária ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade sem ajuda e / ou com pequena ajuda de outros"* (WHO, 2002 p. 13).

Voltando aos nossos dados, aqueles que escolheram viver sozinhos nas suas casas depois dos oitenta por valorização desta capacidade de viver de forma independente relativamente às tarefas do dia-a-dia, consideram que esta foi uma boa escolha: *Sinto-me bem a viver sozinho. Tem sido uma boa escolha! Não estou à mercê seja de quem for (...). Sou independente* (P 23), reconhecendo ser importante para isto a saúde: *O mais importante é ir tendo saúde para me manter independente sem precisar da ajuda de ninguém* (P 25). No entanto, mesmo quando a saúde não ajuda, denotam uma vontade grande de se manterem independentes e de não saírem das suas casas, ainda que reconhecendo a necessidade de alguma ajuda:

*" (...) neste momento basto-me a mim próprio. Consigo subsistir com alguma ajuda, claro. Mas ainda vivo os meus dias como quero. Posso decidir o que vou fazer, quando acordo de manhã apesar da saúde nem sempre ajudar. Quando ando com mais falta de ar, aí é um bocado diferente mas mesmo assim ainda não tive que ir para casa de ninguém o que para mim é muito bom! Já fui parar à urgência para me ajudarem a respirar mas até à data nunca fiquei lá internado, volto sempre para casa* (P 23).

Para eles ser independente vai para além desta capacidade de executar as tarefas do seu dia-a-dia, uma vez que consideram englobar também a capacidade de tomar

decisões pessoais de acordo com as suas regras e preferências: *Independência é isto mesmo, ser capaz de viver sozinha com qualidade sem precisar de grande ajuda e ao mesmo tempo poder fazer as coisas à minha maneira porque como estou sozinha não tenho que dar contas de nada a ninguém. Vivi uma vida inteira nesta casa com grandes preocupações com o marido e com os filhos e agora é o meu tempo de descanso!* (P 25).

Viver sozinho e ser independente é olhado também como uma forma de liberdade, chegando mesmo a reconhecer esta fase das suas vidas como a derradeira oportunidade para se realizarem como pessoas e viverem de acordo com as suas regras e preferências.

*Às vezes os meus filhos dizem-me assim: “Ai, a Mãe podia meter alguém aqui em casa”, mas depois ponho-me a pensar que isso me ia coartar a minha liberdade* (P 5).

*Quando vivemos sozinhos, somos independentes, somos como os pardais. Decidimos com mais facilidade. (...) e portanto eu sou uma mulher realizada porque faço como me apetece ou seja nem é bem o que me apetece mas como eu quero por razões várias, mas gosto de fazer tudo à minha maneira* (P 11).

*O que mais me agrada em viver sozinho é não ter compromissos nenhuns em casa. É por isso que eu digo que são os melhores dias da minha vida. Neste momento sou um homem realizado. Foi a melhor decisão que tomei. Faço tudo à minha feição, à minha maneira. Se faço agora isto faço, se não faço, não faço. Não tenho quem mande em mim. Chego aqui, abro a porta, não tenho ninguém para me dizer: “Só vieste agora” ou “Vieste tarde”. Não tenho quem pegue comigo* (P 16).

*Eu gosto de viver sozinha e quero continuar assim. Tenho as minhas rotinas, faço as coisas como quero e quando quero. Ninguém interfere no que faço durante o dia. É o tempo de pensar em mim! Sabe uma coisa, agora sinto-me realizada. A minha vida não foi fácil. (...) E eu neste momento vivo o meu momento de Paz. Sinto-me mais que realizada. Faço as coisas à minha maneira* (P 25).

### 1.5. Como olham a possibilidade da ida para um Lar

Por último descrevemos o olhar de quem opta por viver sozinho depois dos 80, movido pela valorização da independência, face à possibilidade de **ida para um Lar**. Esta é também equacionada por alguns dos nossos participantes mas surge no seu relato, como algo que os preocupa e que acontecerá apenas na situação de saúde débil com perda da autonomia e dependência de outra pessoa para sobreviver no dia-a-dia,

isto porque para eles, ser capaz de viver de forma independente na comunidade, é algo muito valorizado.

*Preocupa-me por exemplo em ir para um lar. Penso muitas vezes nessa possibilidade e até me fiz sócia de um mas sabe, os quartos não têm quarto de banho o que para mim é horrível. Para já não vou, vejo-me melhor aqui enquanto me sentir assim.(...). Eu tenho amigas que estão num lar em que tem umas regras que a mim não me entram na cabeça. Por exemplo, se não chegam antes das sete, já não podem entrar. Imagine, se vão à missa das 7, ou jantar fora já não podem entrar. Os quartos são muito bons e com casa de banho e tudo mas com estas regras para mim não me servem. Gosto muito de fazer o que quero, quando quero (P 3).*

*Já pensei em ir para um Lar no Caramulo que eu até conheço de quando lá estive tuberculoso. (...)! Enquanto puder, não há nada como viver aqui com a minha independência. Nós enquanto estamos sozinhos somos donos de tudo. Somos donos do silêncio, de tudo. Sabe uma coisa de que gosto muito? Da televisão ou do rádio, porque ligo e desligo quando quero. Num aglomerado de pessoas, eu não as posso mandar calar. Prezo muito a minha independência. Agora se eu fosse para um lar, não sei (P 18).*

No entanto, alguns dos participantes mesmo já com saúde débil, conformam-se em permanecer nas suas casas a ir para um Lar, movidos também pelo valor que atribuem à sua independência.

*Um Lar para mim é assustador. Mesmo com esta pouca saúde, já me conformei em estar aqui à minha maneira, do que ir para um Lar para morrer! (P 2).*

*Eu aqui na minha casa estou muito só mas tenho meu sossego. A saúde já é muito pouca mas aqui faço as coisinhas à minha maneira, quando quero e como quero e lá vou andando e se fosse para um lar tudo isto acabava. Já me conformei em viver assim! (P 28).*

Acontece ainda que a possibilidade da ida para um Lar é equacionada por alguns dos participantes no intuito de não sobrecarregar a família em caso de perda da autonomia: *"Nem quero pensar em sair daqui. A não ser que fique dependente mas não quero que as minhas filhas tomem conta de mim que elas têm as suas vidas. Um delas está divorciada, trabalha imenso, tem os filhos sempre com ela, que eu quero é ajudá-la a ela. Preferia ir para um Lar"* (P 25).

Mas a ida para um Lar é também encarada por quem valoriza a independência como um passo que rapidamente os conduzirá à morte: *"Propostas de Lares já tive muitas mas eu não estou de acordo. (...) na maior parte das versões é uma caça à "massa", maus tratos que dão à velhice, mal alimentados, mal tratados e quando*



*adoecem pegam neles e poe-nos no hospital e passados dois dias está morto. Mas é verdade e lá se vai a nossa independência!* (P 23).

Apresentamos seguidamente um diagrama resultante da análise dos dados, que procura ilustrar os diversos eventos que retratam a desagregação da família conducente à condição da pessoa idosa se encontrar só em idade avançada. Representa ainda o seu olhar face a este “arranjo familiar” que pode ser encarado como uma inevitabilidade, com resignação ou tomado como uma opção que se prende particularmente com a busca da independência (Figura1).

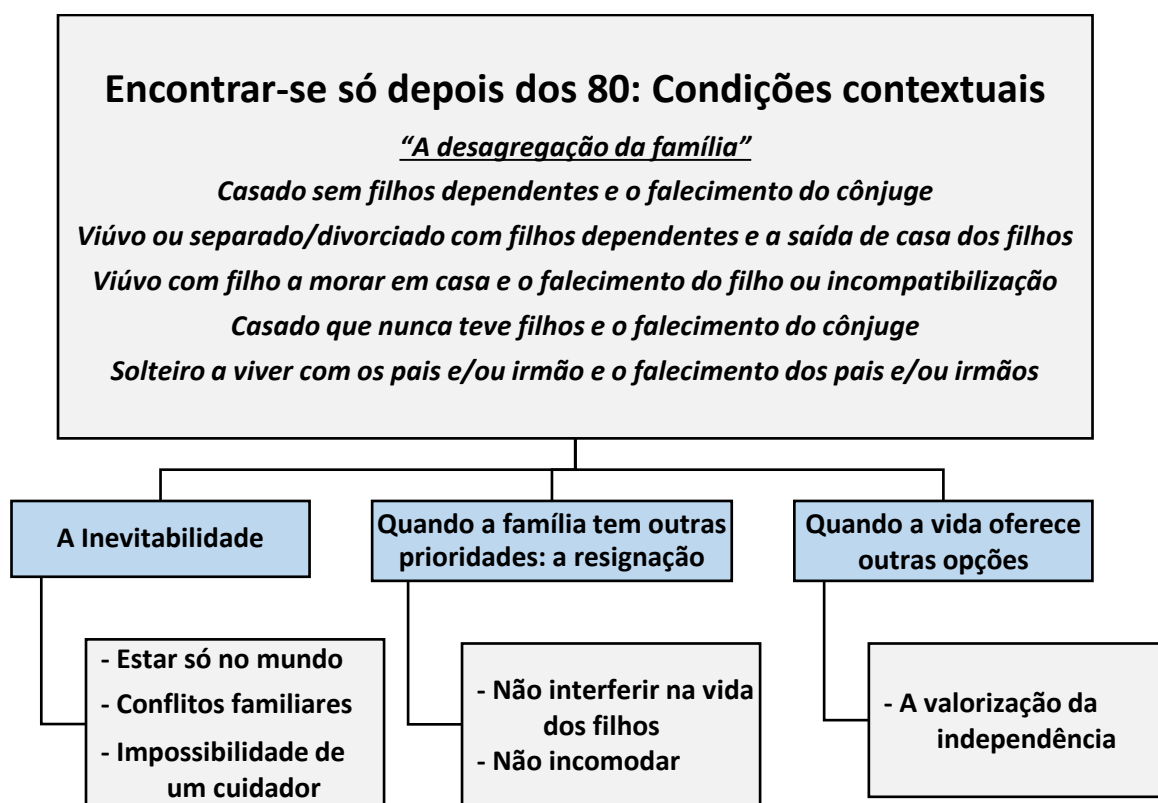


Figura 1 – Ilustração da Categoria “Envelhecer sozinho depois dos 80: condições contextuais” e das suas subcategorias.

## 2. CONDIÇÕES INFLUENCIADORAS

Através da análise das condições contextuais de quem envelhece só depois dos 80, compreendemos diversas formas de encarar esta condição, que apontam para três atitudes face à vida distintas: os *Amargurados*, sós no mundo e que a observam como uma inevitabilidade, os *Resignados*, que tomariam como ideal nesta altura da vida, estar com um dos filhos que têm outras prioridades, encarando por isso com resignação esta impossibilidade e os *Independentes* que têm como norteador deste processo, a valorização e busca da independência.

Na procura de explicar as condições que influenciam o processo de envelhecer só depois dos 80, emergiram da análise dos dados cinco áreas principais: as características pessoais e a autonomia, o suporte familiar, o estado de saúde, a situação financeira e a espiritualidade, que por sua vez se nos apresentaram com características próprias de acordo com os atitudes face à vida anteriormente apontadas. Passamos assim à apresentação dos dados.

### 2.1. As características pessoais e a autonomia

A questão da **autonomia** é preponderante para as pessoas que envelhecem sozinhas depois dos 80 possam manter-se a viver nas suas casas de uma forma bem-sucedida.

O conceito de autonomia que serviu para orientação na fase de análise indutiva dos dados é o apresentado pela OMS em 2002, relacionado com o envelhecimento ativo e definido como "*a capacidade percebida para controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como uma pessoa vive no dia-a-dia, de acordo com suas próprias regras e preferências*" (WHO, 2002 p. 13), o qual se evidenciou de um modo particular nos *Independentes*.

*O que eu acho que é mais importante é eu ainda poder resolver e decidir aquilo que faço (P 1).*

*Para mim é fundamental ainda ter a capacidade de por mim resolver os meus problemas. No fundo a vida que tenho é a vida que eu decidi ter. É muito importante a Pessoa tomar as suas decisões (P 24).*

Pelo contrário, os *Amargurados* apresentam já uma perda total da autonomia, com incapacidade de tomar decisões e um abandono à ajuda pouco estruturada que possam obter: *Mas eu agora não decido nada! Ando à sorte destas almas caridosas que me possam ajudar!* (P 6).

Revelam por isso revolta, tristeza e inconformismo com a situação vulnerável em que se encontram, que passamos a apresentar.

Na fala de Graça, emerge a **revolta** relacionada com o agravamento súbito do seu estado de saúde que a impossibilita de sair de casa, provocando uma mudança radical no seu estilo de vida, pois sempre foi autónoma e gostou de sair. Encontra-se neste momento com dificuldade em aceitar a sua nova condição, manifestando mesmo revolta por diversas vezes, relacionada com a perda de autonomia.

*Eu sinto-me revoltada com a falta de saúde que tenho agora que me limita aqui à casa. (...) sinto-me revoltada com as limitações que as doenças me trazem, principalmente com o “chichi” e depois acordo sempre com a telha* (P 9).

*É eu estar na cama e sentir que tenho que fazer chichi. Nessas alturas faz de conta que o meu coração que me sai. Não suporto. Encaro tudo menos isto. Até quando tirei o peito, acho que nem uma lágrima me veio aos olhos mas isto revolta-me* (P 9).

Para Pedro, não é novidade estar só porque a própria vida o conduziu a longos períodos em que assim viveu, mas agora confrontado com a perda de autonomia que a doença lhe infligiu, vive com uma tristeza profunda o seu dia-a-dia que não sabe como ocupar.

*Agora, praticamente não ocupo o tempo com nada. É esperar que os dias passem com uma tristeza profunda. Sem o braço não consigo fazer nada. Não posso sair porque não conduzo. Dantes ainda me entretinha a trabalhar madeira e com arranjos de casa que eu sempre gostei muito deste tipo de trabalhos. Até móveis cheguei a fazer sem nunca ter aprendido com ninguém mas com o braço inutilizado, não posso fazer nada. Os meus dias são a olhar para a televisão e pouco mais* (P 30).

Faustina revela também o mesmo sentimento de tristeza por se encontrar doente, só e dependente de ajuda: *Sinto-me triste, sinto-me muito triste por estar sozinha e sem saúde. Eu já não devia estar sozinha que eu preciso de ajuda em tudo* (P 6).

Comparam-se ainda com o que já foram, manifestando um certo inconformismo com aquilo em que se tornaram pela doença.

*Como eu era e como sou agora! Era toda jeitosa, alta, magra. Como eu fiquei! Sinto-me muito dependente (P 6).*

*A minha saúde é muito fraca. Sinto-me muito dependente. O que eu já fui e o que sou agora que tenho que viver para aqui neste canto que a saúde não ajuda nada! (P 13).*

Os *Resignados* denotam por sua vez **falta de autoconfiança** e por isso revelam-se **inseguros** na hora de decidir e viver de acordo com as suas regras e preferências, dependendo da opinião dos filhos ou daqueles em quem confiam: *Para mim a independência não é muito importante eu sou daquelas que “mandem-me obedecer, não me mandem tomar decisões”, não gosto. Sou um bocado insegura! (P 12).*

Falam-nos da dificuldade em aceitar a ajuda insuficiente que consideram ter dos filhos com que acabam por se conformar: *A mim custou-me muito a aceitar não estar mais perto deles [família da filha mais velha], porque sempre teria outro apoio e proximidade mas tenho que me conformar (P 8).*

Emergiram no entanto dos dados um conjunto de características pessoais particularmente associadas àqueles que apresentam uma atitude face ao envelhecimento *Independente* promotoras desta autonomia que tanto ambicionam e lhes permite envelhecer sozinhos depois dos 80 de forma bem-sucedida, as quais passamos a apresentar.

**Ser determinado** é encarado por alguns dos participantes deste estudo como uma característica pessoal que os acompanha desde cedo: *Fui sempre assim, mesmo em todas as decisões que tomei ao longo da minha vida, como casar com a minha mulher que era mãe solteira. Nunca decidi pela cabeça de ninguém e na altura a minha mãe foi contra. Mas eu decido sempre pela minha cabeça (P 23),* a qual associam a uma vida de muito trabalho que sempre souberam agarrar e considerada como determinante para envelhecer sozinho: *Nunca fui de ter medo para trabalhar o que fosse preciso. Fui sempre muito determinada. Fartei-me de trabalhar com as nossas abelhas [apicultura] e depois mais tarde na nossa padaria. Era a fazer bolos e pão-de-ló e tudo! Por isso é que eu agora estou bem sozinha (P 19),* acreditando que os resultados são conseguidos através das próprias ações: *Eu sou uma pessoa que sei o que quero para mim. Sempre fui muito determinada. Quando quero uma coisa, vou por aí fora (P 11).*

Contam com a ajuda dos outros mas na hora de decidir são eles que determinam: *Olhe é assim, como vivo sozinha sinto-me muito bem porque tenho o apoio das minhas filhas quando é preciso, e ao mesmo tempo faço aquilo que quero e decido o meu dia-a-dia* (P 4).

É também muito evidente esta determinação no que se refere às suas decisões na sua relação com os filhos, revelando uma atitude de demarcação relativamente ao seu controlo: *(...) sou teimosa e às vezes dificulta-me a vida com as minhas filhas, porque eu quero de uma maneira que elas às vezes não concordam, mas eu levo a minha avante e quem decide sou eu* (P 25).

**Ser organizado** é também considerado uma característica pessoal que facilita manterem-se sozinhos nas suas casas: *Sou muito organizado e isso tem-me ajudado a viver sozinho* (P 18), pela possibilidade de manter uma atitude de abertura ao mundo evitando assim o isolamento social. É o que procura fazer Ludovina, com 81 anos, que todos os dias organiza o seu dia ocupando-o com o que gosta de fazer, frequentando diariamente o ginásio e assegurando desta forma o contacto com as pessoas: *Eu sempre fui uma pessoa de planos, organizada e agora que vivo sozinha ainda mais porque senão isolamo-nos. Então à noite já penso no que vou fazer no dia a seguir. Claro que às vezes alteram algumas coisas, mas já tenho um plano* (P 17). João fala-nos inclusivamente acerca de como tem organizado o que fazer com o seu corpo, após a sua morte.

*E já tenho as coisas pensadas e escritas porque posso morrer de repente. Já tenho tudo planeado. Quando eu morrer quero ser cremado. Tenho isso tudo escrito numa carta que a minha vizinha sabe. Porque se eu for para a terra não tenho ninguém que faça nada e assim fico lá arrumado. Tenho uma jarrinha, ponho lá umas florezitas, que é o que eu faço. Mas ainda hei de escrever melhor para ficar uma coisa mais bem-feita* (P 16).

**Ser positivo** emerge também dos dados como um motor para levar a cabo este percurso de envelhecer sozinho, mantendo o controlo: *Nunca tive medo de nada. Não penso nunca no pior e o que a vida me trás, são sempre coisas boas!* (P 17). Quando se perguntou o que está na origem de tanta força, Ambrósia de 85 anos, respondeu: *Eu tenho um temperamento otimista e que me ajuda muito a viver sozinha* (P 3). Ajuda ainda a relativizar os problemas com que se confrontam:

*Ainda ontem uma vizinha minha deu-lhe qualquer coisa e estava aí a ambulância e deu-me que pensar. Felizmente a ambulância não era para mim, apesar de andar um bocado em baixo de forma. Temos que andar para a frente, olhar para o bem que temos. Mesmo durante o dia, se me dói um bocado a perna, procuro esquecer os males e pensar em coisas positivas (P 23).*

Este **olhar positivo** para a vida ajuda-os também a não ter medo relativamente a questões relacionadas com a segurança, como os assaltos: *Quando saio à noite, quase sempre me levam à porta, mas se vier sozinha não tenho medo nenhum. Nunca penso no pior!* (P 17), mas também à forma como a morte é encarada, procurando desta maneira relativizar emocionalmente situações de mal-estar experimentadas durante a noite: *Então quando me sinto mal de noite fico aqui e penso que se tiver que morrer morri e amanhã encontram-me aqui morta [risos]. E tento levar as coisas desta maneira, sem medos, senão entrava em paranoia ou depressão e não pode ser* (P 5).

Emerge ainda dos dados, associada a este olhar positivo para a situação, a **esperança** que ajuda a superar dificuldades e constrói a possibilidade de ação no futuro: *Também tento, embora nem sempre consiga, ter esperança que o dia seguinte seja melhor que o de hoje, ‘tomorrow is another day’, é um bocadinho isso* (P 5) e à crença na intervenção Divina quanto ao seu futuro no dia em que precise de maior ajuda de outrem: *Tenho amigas minhas que estão muito preocupadas mas eu não. Há de ser o que Deus quiser. Também eu ajudo os outros por isso também há de haver quem me ajude. Eu nisto sou muito positiva* (P 26).

Procuram também **ser autossuficientes**, valorizando gostar de estar consigo próprios. Ângelo quando lhe é perguntado se procura estar com pessoas amigas, responde: *Não, não sou muito disso, de procurar estar com pessoas. Eu faço uma vida muito isolada mas gosto. Sinto-me muito bem comigo mesmo. Sou muito independente, até nisso! A convivência que eu procuro tem mais a ver com a cultura, agora para falar de futebol e assim não tenho paciência* (P 18). Gostar de estar consigo próprio surge ainda associado à necessidade de descanso, para aqueles que têm uma vida mais agitada: *Por isso sabe-me bem também às vezes fechar a porta e dizer assim: “Eu hoje também não vou ao ginásio porque preciso de descansar e de estar sozinha!* (P 17).

Não se preocupam quando para se distraírem e ocuparem o seu tempo fora de casa, o tenham que fazer sozinhos com idas à baixa da cidade: *Vou todos os dias para a baixa, quer faça chuva, quer faça sol para me distrair. Pego no autocarro às duas e*

*meia e fico lá até às quatro e meia (P 16), a um restaurante para almoçar: E às vezes também vou almoçar fora nem que seja sozinha. Ao domingo, quando não me apetece estar sozinha vou almoçar fora para me distrair e sempre vejo pessoas (P 15), ao estádio de futebol para ver algum jogo: Sou portista ferrenha. Vou aos jogos todos no Estádio do Dragão (P 26) ou ao cemitério: “Uma coisa que gosto muito é de ir todos os dias ao cemitério, não há um dia que eu não vá lá!” (P 16).*

**Aceitar** surge como o culminar psicológico face a este processo de envelhecer sozinho: *Portanto a gente quando está sozinha, o que temos é de aceitar que estamos sozinhas (P 5), permitindo uma melhor compreensão do seu contexto nomeadamente em termos de suporte Já se sabe que não podemos exigir aos outros tudo o que queremos. Nem pensar, senão era uma guerra. Tenho que me sujeitar ao que tenho e aceitar. Não posso exigir nada a ninguém (P 7) e por outro lado conferindo a calma necessária para o confronto possível com a perda da independência no futuro: Hoje sou independente mas um dia vou deixar de ser e o importante é aceitar isso! (P 4).*

Ilustramos a seguir “As Características Pessoais e a Autonomia” como condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 2).

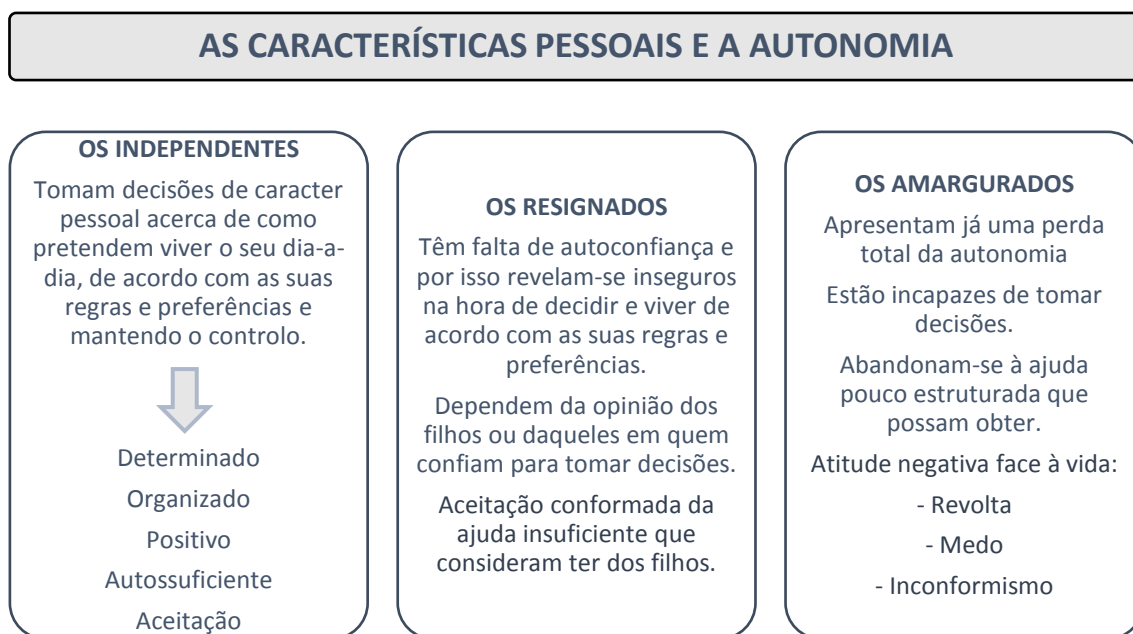


Figura 2 - Ilustração da subcategoria "As características Pessoais e a Autonomia".

## 2.2. O suporte familiar

O **suporte familiar** emerge fortemente, como uma condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, sendo no entanto percebido de forma diferente de acordo com a atitude face à vida de quem se encontra neste contexto.

A família tem uma importância fundamental em todas as fases da vida e também na terceira idade, sendo considerada a entidade mais importante para garantir que o idoso possa manter-se a viver independentemente na sua casa (O'Brien, et al., 2001). Atualmente também absorvem responsabilidades mais complexas pelos cuidados aos seus idosos e por períodos mais longos, uma vez que cresce o número de pessoas com idade mais avançada e com tendência a manterem-se nas suas casas. (Eliopoulos, 2005).

Apesar de a família ser uma instituição universal, é difícil dar uma definição que satisfaça a todos, dado que o conceito se tem alterado ao longo dos tempos, o que dificulta a representação de todas as dimensões deste grupo social, tendo surgido novos tipos de organização familiar com variações na estrutura, dinâmica, cultura, relações e ainda funções. Como matriz de desenvolvimento dos seus membros, deve ser vista como um sistema dentro de outros sistemas inseridos num contexto determinado com uma cultura própria. (Dias, 2011).

Sendo diversas as definições de família, todas têm três traços em comum: interação, compromisso e afetividade (Diogo, 2006).

A família é ainda considerada o elemento mais firme, seguro e estruturante dos seus membros e para a estruturar a comunicação surge como fator principal pois nela assentam as práticas de interação formativa, relacional, educativa, interação e integração social e uma vez que as interações são várias, as relações familiares que assentam na comunicação, permitem deste modo o equilíbrio familiar que por sua vez permitirá o equilíbrio do sistema como um todo, contribuindo desta forma para o equilíbrio social (Dias, 2011).

O suporte familiar é definido por Kirk (2003), aproximado dos relacionamentos, em que o indivíduo é beneficiado através do contacto e das trocas que mantém com a sua família, podendo assim tornar-se mais resiliente e desenvolver



maior bem-estar psicológico, estando mais preparado para lidar com eventos stressores (Kirk, 2003).

São apontadas como funções do suporte familiar, dar e receber informações, dar ajuda material e emocional, dar amor e valorização pessoal, contruir e manter uma identidade social e ainda ajudar a dar um sentido às experiências da vida (Diogo, 2006). É também considerado um constructo multidimensional e complexo, descrito como manifestações de carinho, atenção, diálogo, proximidade afetiva, liberdade e independência entre os seus membros (MacFarlane, et al., 1995).

Passamos assim à apresentação dos dados relativos ao suporte familiar como condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80.

### ***Os Independentes***

Começamos pelos dados que emergem do que nos foi revelado pelos participantes deste estudo que **valorizam a independência**: os *Independentes* dos quais emerge o desejo de estarem inseridos num determinado meio social, seja o dos seus familiares ou então de amigos ou vizinhos por forma a manterem a interação e relacionamento com os outros, usufruindo da sua companhia e vivenciando deste modo momentos de lazer e de convívio que reforçam o sentido de pertença e de continuarem a ser amados. Valorizam assim as visitas, os telefonemas, as saídas e o interesse pelas suas atividades.

*Tenho a minha filha mais velha que me telefona [diariamente] e a mais nova até me telefona sempre antes de eu ir para a igreja e ponho a conversa em dia (P 4).*

*O mais velho é reformado há muitos anos, também é uma joia, mas também tenho umas noras que são muito boas. Olhe que eu não apareço em casa de um filho sem ser convidada. Convidam-me para ir e eu vou. Então para comer fora, andamos sempre nisso e convidam-me muito (P 17).*

*Um dia o meu filho e o meu neto também me foram ver a cantar e eu toda feliz por eles lá estarem (P 17).*

Este relacionamento harmonioso com os que lhes são próximos dá-lhes ainda a possibilidade de uma maior aproximação a uma visão do mundo mais atual através da convivência com outras gerações da família, nomeadamente com os netos: *Tem 25 anos [o neto mais novo]. É um Homem, um Homem e está ali [no almoço de domingo]*

*com as 3 velhotas, conversa imenso. Conta imensas histórias, fala de política, de cinema, de livros, do trabalho dele. (...). Eu poucas pessoas conheço com uma variedade tão grande de interesses como ele tem. (P 5).*

A sua inserção no meio social através da integração na família protege-os também do isolamento social e da solidão. Alberto fala-nos a este propósito da forma como os filhos se organizam para lhe fazer companhia, depois que tomou a decisão de viver sozinho após ficar viúvo, explicando-nos contornar desta forma o problema do isolamento a que alguns são votados, tendo sempre um dos filhos por perto.

*O problema de viver sozinho é de facto o isolamento mas como eu não tenho esse problema porque estou rodeado dos filhos, acho que estou bem. (...) Estou tão habituado a esta rotina que faz parte da minha vida. Já sei que um deles [filhos] me vem buscar ao final da tarde para jantar e que depois me vêm trazer e eu gosto que seja assim. Sinto-me acompanhado e que eles gostam de mim. Para mim, a questão da solidão por que muitos passam não se coloca. (P 24).*

Esta rede social de suporte constitui um espaço de proteção e de inclusão social que os ajuda a enfrentar as suas dificuldades diárias considerando assim o relacionamento harmonioso com a família, expresso pela manutenção do afeto: *O meu suporte são os meus filhos. Por exemplo, mesmo aos fins de semana, às vezes levam-me até casa deles (P 29); da compreensão e ainda da ajuda: O que vale é que as minhas filhas me ajudam! P 4; Tento resolver problemas familiares através da ajuda de dois netos deliciosos que tenho, ultrapassar o melhor possível a parte chata do problema em si (P 5), o condimento fundamental para a manutenção de um sentimento de segurança face a esta condição: Enquanto eu tiver apoio dos meus filhos e da minha filha cá vou andando (...). Se um dia estiver mais dependente espero que um dos meus filhos tome conta de mim. É com eles que conto (P 29).*

Quando os problemas de ordem funcional surgem, contam assim com a sua ajuda, maioritariamente dos filhos, para o desempenho de algumas das tarefas diárias, como ir às compras: *Mas a minha filha vem aqui muitas vezes. Olhe amanhã é 3<sup>a</sup> feira e o meu genro sai cedo do emprego e ela vem sempre aqui antes de ir para casa para ver como eu estou e para me trazer coisas (P 1); cuidar da sua higiene: Eu agora para tomar banho, é quando vou a casa de um dos meus filhos por causa da água quente. Aqui em casa aqueço a água e lavo-me por partes. Também com esta idade já não preciso de tomar banho todos os dias. Mas eles levam-me a casa deles para tomar banho (P 29) ou gerir o dinheiro: Se eu precisar de qualquer coisa relativo aos meus*

*bens, como ir às finanças ou assim, preciso da minha filha para me ajudar. Qualquer coisa que se trate para resolver mesmo no banco, ela ajuda-me e eu fico despreocupada disso tudo porque ela Graças a Deus ajuda-me (P 19).*

A família tem também um papel importante de suporte nas questões que se prendem com a sua **saúde**. Acompanham-nos nas idas ao médico ou transportam-nos ao hospital quando necessário, visitam-nos e aconchegam-nos aquando de algum internamento, recebem-nos e cuidam deles temporariamente em suas casas após algum incidente crítico nesta área, ajudam-nos nas situações de emergência.

*Quando fui operada, a minha filha e o meu genro levaram-me para o hospital. A minha filha não saía de lá (P 1).*

*E lá está, a minha filha também se interessa e agora até quer ir comigo para saber o que a médica me diz e para dizer à médica o que acha (P 1).*

*Quando fui operada ao joelho fiquei em casa da mais velha e ela coitada fez tudo para eu me sentir bem mas eu logo que pude quis ir para a minha casa (P 25).*

*Tenho sobrinhos que vivem aqui na rua que também é uma grande ajuda, é uma segurança para qualquer emergência (P 26).*

Este suporte estende-se ainda às situações em que o agravamento do estado de saúde compromete a sua funcionalidade, ajudando-os a manterem-se nas suas casas, com a disponibilização de ajuda nas tarefas mais comprometidas.

*Eu não tenho tido grandes problemas de saúde mas por exemplo, há uns 15 dias andei cheia de dores com as minhas artroses dos joelhos e tive que pedir ajuda às minhas filhas com as compras, pagamentos e até tiveram que tratar de me comprar um colchão que o meu já estava tão gasto que eu acho que ainda me agravava mais as minhas dores. E depois, quando tenho alguma preocupação, preciso de falar mais vezes com as minhas filhas para não ficar tão ansiosa (P 25).*

À família são também confiadas áreas sensíveis como a financeira e o final de vida, como nos fala Aninhas, solteira e sem filhos, acerca da relação próxima e de total confiança com uma das sobrinhas.

*Tenho uma sobrinha minha que até tenho numa conta no Banco comigo que sabe de tudo e como é que eu quero, mesmo quando morrer. Está tudo explicadinho. E mesmo já me disse para estar descansada porque se eu adoecer, trata de mim. Mas sabe que esta minha sobrinha só é mais nova que eu sete anos por isso também já é idosa mas sempre é um pouco mais nova (P 26).*

A **ajuda financeira** também surge em alguns casos suportada pelos filhos, na procura de proporcionar aos pais uma vida com maior qualidade e desafogo, como nos conta Ludovina.

*Quem me meteu no ginásio foi o filho, ele é que me paga isto que eu não tenho dinheiro para estas coisas (P 17).*

*Depois o meu filho pôs-me lá uma boa televisão. Este meu filho não sabe o que mais há de fazer por mim. Ele modificou o andar todo e depois pôs-me um poliban, uma coisa muito linda que eu nem queria uma coisa tão linda mas ele quis assim (P 17).*

*Mas eles [os filhos] ajudam-me muito. A minha filha traz-me muita comida e só aí já poupo muito. Depois o meu filho ajuda-me com o aluguer da casa. Mas eu nunca fui de sugerir nada, eles é que por iniciativa deles ajudam (P 17).*

Tal como a família, **os amigos e vizinhos** têm também um papel importante de suporte para quem vive só em idade tão avançada, particularmente quando não têm filhos mas valorizam a manutenção da sua vida independente. Passamos a apresentar alguns destes casos.

Afonso, sem filhos e já com pouca autonomia, fala-nos da confiança que deposita numa pessoa amiga e da tranquilidade que lhe dá saber que no futuro terá quem tome conta dele, se vier a ficar dependente.

*Nessa altura, eu tenho uma pessoa que é muito minha amiga, já muito amiga da minha família, de uma tia minha que já faleceu e inclusive da minha irmã e é a única pessoa que tem a chave da casa para entrar se for necessário. Eu confio-lhe tudo e mais alguma coisa. Ela foi uma das pessoas que contribuiu muito para me valer e auxiliar no tratamento da minha mulher. (...) Ela telefona-me todos os dias a saber como estou e se lhe disser que preciso de alguma coisa vem cá logo, ela e o filho. São o meu suporte (P 23).*

*A pequena [pessoa amiga] de que lhe falei diz-me muitas vezes que se me der alguma coisa que toma conta de mim! Que quando eu não puder, que me leva para a beira dela! (P 23).*

João tem filhos mas não tem contacto com nenhum deles. Conta também com o apoio da vizinha e da sua filha que residem na mesma ilha, em quem deposita a sua total confiança. Fala-nos do apoio que lhe dão nas questões que se prendem com a sua saúde, arranjo da casa e mesmo do conhecimento que lhes transmitiu acerca das suas vontades aquando da sua morte.

*Uma das vezes que estive mesmo mal que não podia andar por causa de um dedo de um pé que me começou a inchar, dizem que foi o pé diabético e foi a filha da minha vizinha que me levou ao hospital, que tem um carro e lá me levou (P 16).*

*Se me acontecer alguma coisa, quem está preparada para isso é a minha vizinha. Ela tem chaves, ela vem cá todos os dias, ajeita-me a cama, dá-me conta da roupa. Ainda ontem me trouxe a roupa toda passada (P 16).*

*A minha vizinha é que sabe tudo da minha vontade aquando da minha morte (P 16).*

Ambrósia é solteira e também não tem filhos. Diz-nos contar pouco com os sobrinhos, falando-nos sim do apoio que tem dos vizinhos do prédio onde reside. Sente-se segura pela proximidade e disponibilidade que demonstram em ajudá-la no que for preciso. Fazem-lhe as compras mais pesadas, socorrem-na quando se encontra em dificuldades e preocupam-se em telefonar para se inteirarem do seu bem-estar.

*Tenho a MJ [vizinha] vive em cima e que está sempre muito atenta. Olhe que me telefona todos os dias para saber se está tudo bem (P 3).*

*Eu dou-lhes uma lista e eles [vizinhos] trazem-me tudo [compras maiores do hipermercado] (P 3).*

*[O suporte] É ter as minhas duas vizinhas aqui no prédio que já as conheço desde que vim para aqui, há 40 anos. Este casal é mesmo da porta em frente e depois têm um cão Lavrador que dá sinal se entra alguém e dá-me muita segurança e ainda por cima com estes assaltos todos que tem havido aqui à volta (P 3).*

*Depois [de uma queda] vim aqui para casa para ver como me sentia e então liguei a uma vizinha a contar e ela veio logo cá (P 3).*

Percebemos ainda a importância dos **vizinhos** para atuarem rapidamente quando surge algum incidente, dada a proximidade em que vivem, sendo para eles uma fonte de segurança.

*A minha vizinha até me disse que me ia levar ao hospital mas não foi preciso que eu fiquei bem (P 1).*

*Ainda a última vez que caí, fui para casa de uma vizinha, fui para lá, ela deu-me um chá e fiquei lá até me recuperar (P 4).*

Também aqueles que têm a trabalhar nas suas casas uma **empregada doméstica** para os ajudar a prolongar por mais tempo a manutenção de uma vida independente, nos falam de situações em que a relação de grande proximidade é tal, que os faz considerarem-na como um membro da família, sentindo-se seguros pela

confiança depositada e por poderem contar com a sua ajuda inclusivamente em situações de emergência.

*Tenho uma empregada uma manhã por semana (...) Mas faz de conta que é da minha família. Já vem para cá há 35 anos e depois é assim muito delicada, sempre preocupada com o que eu preciso (P 3).*

*A minha empregada numa emergência, se for preciso vem cá (P 5).*

*Tenho empregada todos os dias, porque já a tinha do tempo em que vivia com a minha irmã e agora dá-me muito jeito. (...) Mas vem 4 horas por dia de segunda a sexta e para mim é uma segurança. Até tem a chave e tudo (P 15).*

### Os Resignados

Os participantes deste estudo que gostariam de viver com um dos filhos, **resignando-se** por se encontrarem sós nesta etapa das suas vidas, percecionam o suporte familiar sempre insuficiente, ainda que os filhos se façam presentes, emergindo fortemente a solidão que vivenciam pela falta de presença dos que lhes são queridos no seu dia-a-dia.

*Sinto-me muito só, muito isolada. Sinto uma solidão brutal. Procuro vir para casa sempre por volta das cinco. Detesto o horário de Inverno, porque chegar a casa, escuro e abrir a porta e não ter ninguém, custa muito, mesmo muito. A solidão só quem a vive é que sabe o que é. Eu sei que os meus filhos e netos têm a vida deles têm o seu trabalho, os seus filhos e assim. Enfim, vivo resignada com isto, mas é duro estar só. Passo dias sem ver nenhum dos filhos e netos (P 12).*

Marcília fala-nos da falta desta presença de um modo peculiar, deixando transparecer que lhe bastaria ter alguém por perto, mesmo que não falasse.

*(...) é a companhia que me faz falta, ter alguém ao pé, ter uma presença, às vezes até pode não ser falar muito mas ter uma presença. Acho que preenchia um bocadinho o meu ambiente. (...) Acho que estar aqui com uma pessoa mesmo que esteja calada, acho que sentia mais apoio, não sei explicar o que é. Olhe é a presença da Pessoa (P 2).*

Neste momento está conformada em viver só mas as poucas visitas dos seus sete filhos, fazem-na inclusivamente questionar-se acerca do seu papel como mãe.

*Agora já estou conformada mas gostaria de ter mais companhia. Sabe que os meus filhos praticamente não me visitam e eles são sete, mas não sei, é esquisito, são muito metidos neles, não falam das coisas deles e depois eu fico preocupada*

*que não sei de nada. Às vezes tento compreender porque é que não me aparecem? Até penso que se calhar não fui uma boa mãe. Estou muito só (P 2).*

Esta percepção de um suporte familiar insuficiente pode também estar relacionada com a existência de **conflitos familiares**, resignando-se desta forma com a ajuda de um dos elementos da família que se determina a assegurá-lo. É no entanto um suporte com algumas limitações e que por vezes acaba por ter tradução também num maior isolamento e percepção de solidão. É o caso de Anabela, mãe de três filhos rapazes mas que não se dá com duas noras. A única nora de quem gosta é casada com o filho que vive em Itália e que a visita uma vez por ano e que gostaria de ter por perto: *Este meu filho quem mo dera aqui por perto que não estava tão só! É muito bom!* (P 28). Vive sozinha desde que ficou viúva, há 15 anos e como já foi referido não sai de casa depois que a sua saúde se agravou, há oito anos. Fala-nos do afastamento progressivo do filho mais velho e dos netos, do desconhecimento que tem de acontecimentos importantes das suas vidas, tal como o nascimento dos bisnetos que nem sequer conhece e da falta de ajuda a que foi votada da sua parte.

*Eu tenho 3 filhos, todos rapazes mas as minhas noras são umas víboras. Nem queira imaginar! Do meu filho mais velho tenho dois netos, também rapazes. Já não vêm cá desde 2001. Eu tenho 3 bisnetos que nem os conheço, nem me participaram o nascimento deles. Um dos meus netos é médico e nem me participou do nascimento do filho e era tão nosso amigo, meu e do meu marido, era louco por nós. E o irmão a última vez que cá veio disse-me que havia de voltar para irmos dar uma voltinha, mas isto há anos. Nunca mais voltou! Infelizmente deles não tenho nenhuma ajuda!* (P 28).

Conforma-se com a única visita que tem neste momento de um dos filhos que considera o seu suporte para assegurar algumas tarefas do dia-a-dia, como compras e pagamentos, sem o qual não conseguiria manter-se a viver sozinha.

*Eu sinto a falta de companhia mas também como já estou habituada. Já são muitos anos aqui sozinha. Mas claro que gosto quando o meu filho vem cá. Ele quando cá vem, (...) trás sempre alguma coisa para almoçar aqui comigo. Ainda fica cá um bom tempinho e é muito bom para mim!* (P 28).

*Depois com o apoio do meu filho, lá vou conseguindo manter-me aqui por casa sozinha. As compras é o meu filho que me trás mas é pouca coisa porque eu não cozinho. Medicação também não é muita mas também é o meu filho que vai à Farmácia. Ainda ontem veio cá e me trouxe* (P 28).

Passa no entanto muitos dias sem ver ninguém e sofre de solidão.

*Mas de resto os meus dias são todos iguais, muito só. Depois de fazer as minhas coisinhas sento-me um bocadinho, vou até lá cima, olho um bocado pela janela fora mas aqui não se vê ninguém. Vejo os quintais e um passarito ou outro que por aqui ande. Olho para as árvores, para o céu. E é assim, o que é que hei de fazer mais. Já não tenho forças para sair de casa. Tenho receio de sair sozinha e de cair e então passo aqui os meus dias (P 28).*

É também muito evidente o mal-estar de Fátima, o qual transpareceu ao longo de toda a entrevista, relacionado com a rejeição por parte do genro que não gosta de velhos e que faz tudo para a manter longe do seu núcleo familiar, quando na altura em que ficou viúva, equacionou viver perto da filha para assim ter mais suporte: *Eu estou a envelhecer mas ele [genro] não gosta de velhos e a minha filha tem uma luta muito grande por minha causa. E então quando fiquei viúva há 14 anos, ele não me quis junto deles. Fez tudo para eu não ficar junto deles. Não era em casa deles que eu isso não queria mas à beira deles (P 8).*

Revela uma necessidade imensa de falar sobre esta situação que a perturba profundamente. A filha procura ser a sua âncora mas contra a vontade do marido, desdobrando-se entre este conflito de um marido que não quer a sogra por perto e de uma mãe idosa que vive sozinha, com as outras duas filhas a residirem noutras cidades e dependente de alguma ajuda.

*Ele [o genro] critica a minha filha porque é ela a ajudar-me e não as irmãs e só lhe pergunta: “e as tuas irmãs o que é que fazem?”. Mas sabe que as outras duas minhas filhas, vivem longe coitadinhas. (...). Enfim a minha filha passa muito com ele (P 8).*

*Eu só lhe peço [à filha] para não ter questões com o marido por minha causa. Ele [o genro] vê que eu e a minha filha somos iguais, a nossa cumplicidade e ele não quer isso. Se agora a visse a gravar ia ser outro problema. É um bocadinho de cruz mas por amor de Deus, eu quero que ela viva com o marido a vida inteira (P 8).*

*Mas o tal meu genro não está para fazer fretes, nem à mãe dele fez! Ele é assim e isto entristece-me porque eu já vi perfeitamente que ele não me quer por perto. Ele quer viver com a filha e com a mulher e nada mais. Nem amigos tem (P 8).*

Mas a solidão também é vivenciada por quem tem ainda familiares por perto, procurando nestes casos desculpabilizar a falta de companhia com as suas vidas de trabalho.



*Penso que não há vantagem nenhuma em viver sozinha. É mais triste porque falta a companhia mas os filhos têm as suas vidas (P 20).*

*A minha filha é que agora vem pouco por causa do trabalho e claro, sinto a falta dela que com as filhas sempre temos outra proximidade. Sinto mais a solidão (P 27).*

*Enfim, agora estou para aqui metido em casa. As minhas filhas têm as vidas delas! É uma solidão de morrer. Passam-se dias que não vejo ninguém. Sou eu e a televisão (P 30).*

Quando os problemas de saúde e as perdas funcionais começam a instalar-se e necessitam de maior ajuda para enfrentar as suas dificuldades diárias e nalguns casos poderem permanecer a envelhecer sós nas suas casas, intui-se uma atitude de resignação face à aceitação desta ajuda: *Mas agora como já nem posso conduzir, tenho mesmo que aceitar a ajuda das minhas filhas para as coisas que já não consigo fazer (P 30).*

Nestas situações de maior dependência do suporte dos filhos, preocupam-se com os seus problemas, nomeadamente na área da saúde por considerarem que se estes lhes faltarem, pode ficar comprometida a possibilidade de permanecerem a viver nas suas casas: *Mas ela [a filha] preocupa-me coitada. Tem muitos problemas de saúde. Sabe, já teve um cancro, fez quimioterapia, agora estou muito preocupada porque está com uma anemia e não sabem porquê e se ela me falta não sei como vai ser (P 2).*

Emerge ainda dos dados, que aqueles se resignam a viver sós depois dos 80, procuram a ajuda dos seus familiares apenas nas situações de agravamento do seu estado de saúde, para deste modo não os incomodarem: *É com a minha filha mais velha que conto para ajuda em questões de saúde mas só quando é mais complicado (P 8).*

Quando surgem problemas financeiros, revelam também dificuldade em aceitar a ajuda dos filhos: *E às vezes o dinheiro não chega e ainda tenho que ter a ajuda das minhas filhas. (...) mas para mim é muito duro (P 30).*

Para colmatarem a falta de companhia dos seus familiares, alguns procuram cultivar as relações com **pessoas amigas**, preenchendo o vazio duma casa sem mais ninguém, através da companhia que fazem nas saídas em conjunto: *Tenho a A. que é minha amiga e a L. que é minha professora de natação que nos tornamos amigas há 22 anos, é como uma filha. Ela diz que se não tivesse filhos que me levava para casa*

*dela. Ela dá aulas no Lar que é da empresa onde eu trabalhei. Aquilo é cinco estrelas. E então ela vem buscar-me e leva-me e traz-me (P 8).*

No entanto, emerge também dos dados o isolamento social a que alguns dos que envelhecem sós se votam, o qual pode estar relacionado com a tristeza pela situação em que vivem e que lhes dificulta a interação com as outras pessoas.

*Mas eu agora já nem tenho o prazer de comer. Às vezes as minhas filhas querem levar-me a casa delas, mas eu quase sempre arranjo uma desculpa. Ou então se vou, estou mortinho para voltar para aqui. Já não me dou a estar com as pessoas. Estou melhor sozinho apesar de ser muito triste (P 30).*

*Não estou nem quero estar com ninguém. Mesmo quando me convidam para qualquer coisa o que eu quero é que me deixem no meu canto (P 30).*

No caso de Helga, este isolamento social resultou particularmente do desconforto em algumas situações sociais pela falta de afinidades que entretanto se instalaram ou ainda do impacto negativo que provocou o confronto com os problemas de saúde dos que lhe são próximos.

*As minhas amigas, a maioria ainda estão casadas e depois vamos aqui ou acolá e vão os dois mais o emplastro? Não gosto e então prefiro não ir (P 12).*

*Sim, também tenho amigas viúvas como eu mas lá vou eu a correr ver a A. que está sentada numa cadeira e não pode andar e por aí fora. Quer dizer, vou vê-las pior do que eu! Já vii, assim não posso animar! Dá-me impressão que é mais um voluntariado que eu vou fazer, do que propriamente para conviver e a maioria das vezes prefiro não ir! (P 12).*

Percebemos ainda que alguns dos que gostariam de viver com os seus filhos, não o podendo fazer, mudam da casa onde sempre viveram quando esta é numa zona mais isolada e procuram um andar num prédio para assim se sentirem mais seguros pela presença dos vizinhos.

*Então vim para aqui há vinte e tal anos e gosto muito daqui. Apesar de ser uma zona residencial e não haver lojas, vivo num prédio e tenho vizinhos. Sempre é alguma companhia (P 12).*

*Adaptei-me muito bem [ao apartamento onde reside]. É mais pequenino, tenho vizinhos porta com porta e tudo isso me dá segurança (P 20).*

Com os vizinhos também se abre para eles a possibilidade de uma vida de maior relação com o exterior e de convívio social: *Tenho uma vizinha aqui no prédio que costumo ir com ela e foi por intermédio dela que eu comecei a ir nesses passeios da*

*Paróquia que eu nem sabia que existiam. Mas com essa vizinha tenho uma relação mais próxima (P 21).*

Combinam-se ainda formas de alertar, na eventualidade de algum acidente que os impeça de comunicar, atenuando desta forma o medo de ficar em casa por muitas horas sem ser encontrado por alguém: *Até já combinei com a minha vizinha que tem a chave de minha casa que se vir que não subi a persiana da sala para mandar vir os bombeiros, porque eu ponho o fecho na porta de noite para ninguém entrar e ela com a chave não consegue abrir. E se eu não aparecer e ela saiba que eu estava em casa, que chame os bombeiros para darem comigo e eu não estar para aí dias morta (P 27).*

Para estes que se resignam em viver sós depois dos 80, a **perda de pessoas significativas**, na maioria dos casos de familiares mas também de pessoas amigas, traz consigo associada a **tristeza** com tradução muito evidente pela palavra saudade.

*Dedicou-se por inteiro à família [a irmã que faleceu recentemente]. Por isso é que ela me faz muita falta. Se falo dela apetece-me logo chorar. Ainda fico muito triste. Sempre a admirei muito. Fomos sempre muito amigas (P 20).*

*Costumava ir [viajar com a Paróquia] com a minha cunhada [que faleceu] mas este ano infelizmente já não vou ter a companhia dela. É muito triste! Eramos como irmãs. Dávamo-nos muito bem (P 21).*

*As minhas amigas já morreram todas, já não estão cá. As amigas verdadeiras que tinha já faleceram. É muito triste (P 21).*

### **Os Amargurados**

Encontramos também neste estudo, um grupo de participantes que vivencia uma situação de extrema vulnerabilidade pelo isolamento social em que se encontra e consequente falta de um suporte familiar com resposta adequada às suas necessidades, porque **estão sós no mundo, são doentes e também pobres** e para quem já não é seguro viver só nas suas casas.

Encontrar-se só no mundo pode estar relacionado com diversos fatores sendo no entanto aquele que emerge com maior evidência neste grupo, a existência de **conflitos familiares**, que provocam um afastamento da família, vendo-se assim mais

isolados, sem suporte familiar e sofrendo de **solidão**. Passamos a apresentar alguns casos.

Faustina nunca aceitou o segundo casamento do filho e responsabiliza a sua atual companheira a quem recusa chamar de nora pelo facto de viver sozinha com a idade que tem, sem saúde e com dificuldades financeiras.

*O meu filho teve a pouca sorte, que ele casou com a O. que foi a mulher da vida dele. Casou pela Igreja e pelo Civil, foi tudo legal. Essa é que é a mulher dele. Esteve 15 anos com ela. Viveu muito feliz. O meu filho foi caixeiro-viajante e até para o estrangeiro ia e ganhava muito dinheiro mas ela não podia ter filhos. E ele entretanto conheceu esta que está agora com ele e fez-lhe um filho. Mas ainda continuou com a mulher dele. Mas depois teve o segundo filho e então deixou a mulher e ficou com esta. Mas a outra é que é a mulher dele. É muito triste. E por causa desta estou para aqui abandonada (P 6).*

Este único filho procura manter a relação com a Mãe, mas o **suporte** lhe dá é para Faustina manifestamente insuficiente. Considera precisar de uma ajuda nas suas dificuldades que são muitas, com uma presença contínua de alguém na sua casa ou então, olhando como situação ideal a possibilidade de viver com o filho se este conflito não existisse.

*Por exemplo, se eu pudesse ter alguém da minha família aqui comigo, gostava, mas não pode ser (P 6).*

*Mas ela também não quer que vá viver com eles, a mãe dos meus netos [atual mulher do filho]. Ela não quer olhar por mim (P 6).*

Esta relação conflituosa teve ainda extensão a outros membros da família. A primeira mulher do filho também deixou de a visitar. Responsabiliza a atual companheira do filho de impedir a visita dos seus únicos netos que praticamente também não vê e Faustina sofre de uma solidão profunda, afastada daqueles que considera terem responsabilidade pelo seu final de vida mais acompanhado.

*Dantes vinha a primeira mulher do meu filho mas depois como eu estive internada aqui e acolá [Hospital de Santo António e Unidade de Cuidados Continuados] e essa deixou de aparecer e para aqui estou (P 6).*

*Os meus netos não vêm muito cá mas também é a mãe que não os deixa (P 6).*

Já estive por diversas vezes internada mas face à possibilidade institucionalização, continua a desejar estar na sua casa, manifestando no entanto a sua grande ânsia pela companhia dos seus.

*Agora como estive no Hospital e estive em Paços de Ferreira na casa de tratamentos [unidade de cuidados continuados onde estive internada 3 meses]. Eu fui muito bem tratada lá mas a minha casinha é o meu lar, o que me faz entristecer é estar assim sozinha (P 6).*

*Não queria sair da minha casinha, mas gostava de ter mais convívio com alguém (P 6).*

Para Faustina, a vida atualmente tem pouco sabor, revelando uma tristeza profunda pelo facto de se encontrar só, sem a companhia dos seus e recorda com nostalgia as vivências familiares anteriores: *No tempo que o meu filho vinha aqui comer ao domingo, eu fazia rancho, tripas, rojões, cabrito e era uma maravilha. Era tudo tão bom! Disso é que eu tenho saudades! (...). É por tudo isto que me está na cabeça que eu agora não gosto de nada. Nada me sabe bem. É triste! (...) Sinto-me triste, sinto-me muito triste por estar sozinha (P 6).*

Duarte vivencia também uma situação de falta de suporte familiar e de extrema solidão relacionada de igual modo com uma situação de conflito com a filha e o neto que viverem na sua casa até há uns meses atrás, levando-os a saírem: *Eu não sei onde é que ela [a filha] vive. Ela vivia aqui comigo mas zangamo-nos e saiu daqui com o filho há quase três meses mas agora parece que está a viver com uma mulher em Leça da Palmeira e pouco sei dela (P 22).*

Pouco sabe acerca da vida atual da filha e do neto, encontrando-se ainda muito desmoralizado com toda esta situação conflituosa. Chora por diversas vezes durante o decurso da entrevista, manifestando também uma grande necessidade de falar sobre este assunto: *Mas isto da minha filha é que me dá muita tristeza. A minha filha está esquecida mas sofre por dentro porque foi a minha primeira filha (P 22).*

Para além desta filha e neto, tem um outro filho que vive em Coimbra e pouca ajuda pode dar, encontrando-se Duarte neste momento, numa situação de grande vulnerabilidade pela falta de saúde, perda de suporte que tinha pela presença da filha e neto na sua casa e solidão em que vive, contando apenas com os telefonemas de alguns familiares: *Visitas da família praticamente não tenho. Estou muito só. A minha filha fugiu. O meu filho lá para Coimbra. A minha neta que anda a estudar para*

*enfermagem quase que não me telefona. A tal minha sobrinha não me vem visitar mas telefona-me. É a minha sobrinha, a minha cunhada, irmã da minha mulher e ainda o meu afilhado e o meu filho que me telefonam para saber como estou mas é pouco. Sinto muito a solidão (P 22).*

Mas como foi dito anteriormente, encontrar-se só no mundo pode estar relacionado com outro fator para além da existência de conflitos familiares, nomeadamente a ausência de filhos. É o caso de Graça, solteira, cuja vulnerabilidade que vivencia atualmente associa à falta de suporte familiar pelo facto de nunca ter tido filhos.

*A minha família? Não, nada nada. Nunca cá vem ninguém nem para saber se preciso de alguma coisa e como não tenho filhos para aqui estou, doente e sem dinheiro. (...) Agora neste momento com os problemas que tenho nas pernas, se estivesse a viver com família seria melhor mas não tenho ninguém! Se me acontece qualquer coisa aqui sozinha, como vou fazer para avisar alguém ou por exemplo para ir ao hospital, ou assim (P 9).*

Situação idêntica é a de Antónia, viúva mas que nunca foi mãe: *Quando não se tem filhos fica-se como eu estou, sozinha, muito doente e com pouca ajuda! (P 13).*

Dada a falta de suporte por parte dos filhos, a ajuda dada pelos vizinhos ou pessoas amigas é assim muito valorizada mas mesmo assim manifestamente insuficiente face à vulnerabilidade em que se encontram.

Passamos a descrever o suporte disponibilizado pelos vizinhos que assume particularidades importantes para quem reside nas “ilhas” da cidade do Porto em situação de fragilidade. É o caso de Felisbela, já incapaz de cozinhar e cujas refeições são disponibilizadas pela Paróquia apenas nos dias úteis. Conta-nos então que apesar de ter ainda a visita do filho, dispõe mais facilmente da ajuda da sua vizinha com as refeições ao fim de semana, sem assim comprometer a sua alimentação: *Ai, os vizinhos, tem esta aqui da frente [vizinha] que se for preciso me ajuda. Por exemplo, sábado e domingo não vem ninguém da Igreja e ela se for preciso vem cá (P 6).*

Antónia vive também numa ilha e contruiu uma relação de amizade com uma vizinha desde que esta se disponibilizou para a ajudar a cuidar do marido ainda ele era vivo.

*Já do tempo do meu marido que ela [vizinha] vem cá, talvez há uns sete anos. Ele estava para aqui acamado e ela como tem uma filha que é enfermeira no Hospital de Santo António, vinha cá para me ajudar com ele. E daí cresceu a amizade. É mais que uma amiga. É como se fosse uma filha. E muitas filhas não são como ela. É muito boa. De manhã vem trazer-me o pão e ver como dormi, depois lá para o meio-dia traz-me o almoço feito por ela, depois à noite telefona-me sempre para saber se está tudo bem e se preciso de alguma coisa (P 13).*

O nosso contacto para a realização da entrevista com esta senhora foi conseguido através da ajuda de uma equipa de proximidade da PSP com quem nos deslocamos à sua residência para sermos apresentados por um dos agentes e perguntar se haveria disponibilidade para a realização da entrevista. Ficou marcada no próprio dia. Quando chegamos, avisou-nos esperar uma vizinha dentro de pouco tempo. Revelava alguma insegurança pela nossa presença. Com a chegada da vizinha foram feitas algumas perguntas para se assegurar da nossa identidade. Percebemos ao fim de alguns minutos, que a filha enfermeira tinha sido nossa aluna o que fez desvanecer totalmente o clima de alguma desconfiança inicial: *Tenho uma senhora muito minha amiga que vive aqui perto e que vem aqui várias vezes por dia para me trazer o comer e ver como é que estou. Daqui a um bocado vai ver que ela vem cá (P 13).*

Fala-nos da ajuda diária que recebe desta sua vizinha e amiga sem a qual não seria capaz de se manter a viver sozinha na sua casa: *Consegui-me arrastar até ali ao telefone e liguei para a senhora minha amiga que veio logo. (...) Se não fosse a tal minha vizinha não sei como é que seria! O dinheiro não chegava! (P 13).*

Constatamos que os amigos são também basilares para aqueles que estão sós no mundo sem a presença dos seus familiares e em situação de grande fragilidade. Graça, fala-nos inclusivamente com emoção da ajuda financeira que tem de um casal amigo a quem considera benfeitores, que sabendo da situação precária em que se encontra se responsabilizaram pelo pagamento mensal de uma empregada que a ajuda nas tarefas que lhe são mais difíceis.

*Parece que são até enviados de Deus! Uma pessoa que me anda a depositar 180 € por mês para a minha conta para eu pagar à empregada, tem de ser uma pessoa muito boa. E às vezes ainda me dá mais que eu vejo no extrato da minha conta bancária. Ele diz que foi a maior alegria que teve na vida foi eu ter aceite a sua ajuda que eu de início não queria aceitar. E a mulher dele também fica feliz e até me deu este xaile feito por ela. Mas o que me diz é que enquanto for vivo, me vai dar esta ajuda: (P 9).*

Também Faustina nos diz ter alguma ajuda financeira de uma pessoa amiga: *Ajuda-me muito. Dá-me um bocadinho de dinheiro todos os meses (P 6).*

Este suporte acontece ainda na área da funcionalidade como cuidar da higiene: *A senhora minha amiga também me ajuda a lavar-me se for preciso (P 13).*

As pessoas amigas têm também um papel fundamental de suporte junto deste grupo vulnerável dos se encontram sós no mundo depois dos 80, de um modo particular na área da sociabilização, permitindo preencher o vazio duma casa sem mais ninguém, através da companhia que fazem nas suas visitas, de um simples telefonema ou da disponibilidade demonstrada para celebrar épocas festivas.

*Quem me aparece é uma senhora aqui do Covelo, uma senhora já idosa que já vinha do tempo do meu marido quando esteve acamado e nunca me deixou aquela senhora. É muito minha amiga (P 6).*

*Telefonam-me mais do que o que vêm [as amigas]. Tenho uma que me liga todos os dias. (...) eu resmungo com ela e ela comigo, andamos sempre pegadas mas passado um bocado já ela me está a telefonar para ficarmos bem, é assim somos muito amigas (P 9).*

*Tenho uma amiga que até é enfermeira e que vive na rua de baixo e somos muito amigas e ela nunca me deixa passar o Natal sozinha (P 9).*

Percebemos ainda a preocupação grande com os **problemas daqueles que lhes são próximos**, dada a importância extrema que tem para eles este suporte sem o qual não poderiam permanecer a viver sós nas suas casas.

*Mas preocupa-me porque ela [a vizinha] coitada também é muito doente, que ela já tem 61 anos e tem muitos problemas de coluna. Até se calhar tem de ser operada e aí não sei como vai ser (P 13).*

*Mas ele não me queria contar nada do divórcio para não me preocupar mas ao fim de 6 meses lá me contou e eu senti-me muito também com isso sabe? [as lágrimas vêm-lhe aos olhos]. Estou para aqui sozinho e penso muito nestas coisas. Só me deram desgostos e preocupações mas ele é um santo filho. É muito diferente da minha filha (P 22).*

Para Felisbela, permanecer sozinha em sua casa já não é mais seguro e só tem sido possível com a ajuda duma vizinha aos fins de semana e da paróquia da sua área de residência que para além de lhe fornecer as refeições, disponibiliza funcionárias que a assistem na sua higiene pessoal e eliminação, na toma da medicação e ainda no arranjo e limpeza da casa.



*Eu só continuo a viver sozinha porque tenho muita ajuda da igreja. (...) Por volta das 11 horas vem uma senhora [da Paróquia] para me lavar e dão-me um jeito aqui à casa. Ajudam-me com a higiene, com a casa e com as refeições Também é lá da paróquia que me trazem o almoço. Vem já tudo preparadinho. Por volta de uma hora e deixam-mo ficar. (...) À noite vem outra senhora da Paróquia que está cá uma hora, das sete às oito e aquece-me a sopa, grelha-me por exemplo uma febrinha, depois põe aí na mesa e como e ainda me arruma a cozinha, despeja-me a cadeira sanita lá fora na casa de banho pública. (...) A medicação é que é um problema. Quem me ajuda às vezes mas não é sempre, são as meninas da Paróquia (P 6).*

As visitas regulares das EPAV da PSP, são também muito valorizadas pela segurança que conferem dado o policiamento de proximidade nas áreas de habitação em que residem o qual permite o seu acompanhamento e a identificação de problemas na área da sua segurança.

*A polícia [equipas de proximidade da PSP] vem aqui mais ou menos uma vez por mês para saber se está tudo bem comigo e se preciso de alguma coisa e não me largam (P 13).*

*É sempre bom tê-los por perto [agentes da equipa de proximidade da PSP]. Passam por cá de vez em quando para saber se estou bem, dão as recomendações para a nossa segurança e olhe, arranjam-me isto do telefone (P 23).*

Ilustramos a seguir “O suporte Familiar” como condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 3).

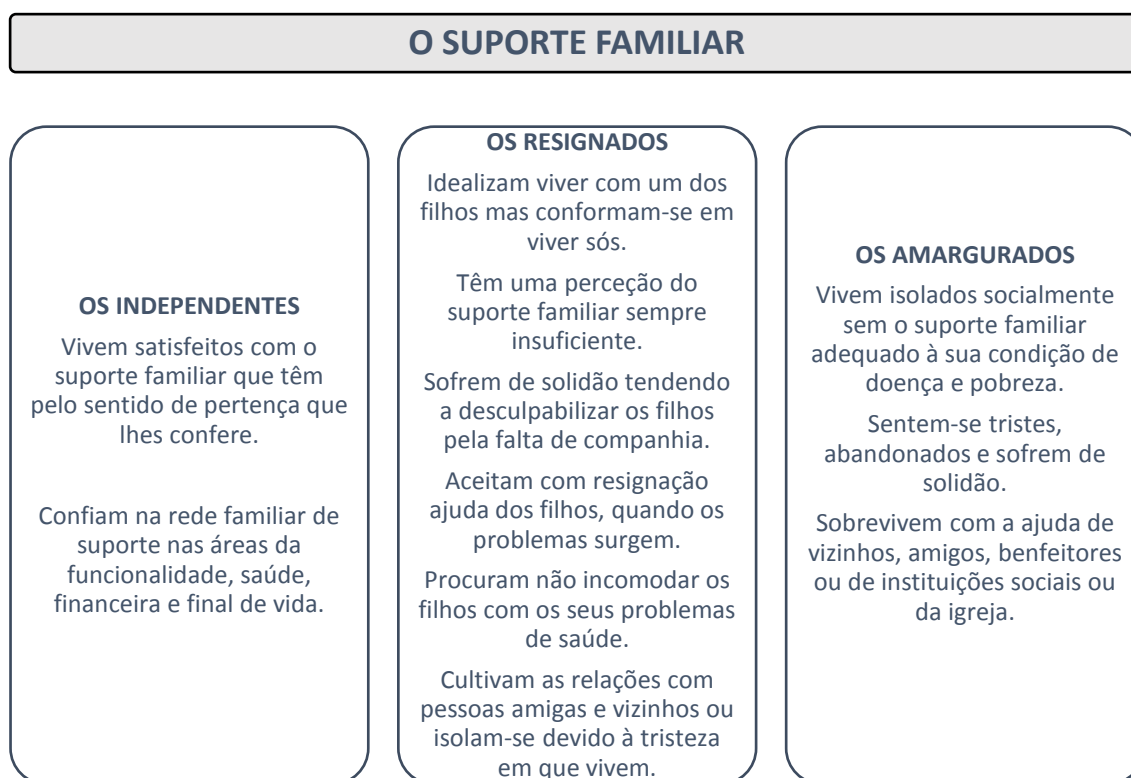


Figura 3 - Ilustração da subcategoria "O suporte familiar".

### 2.3. O estado de saúde

O **estado de saúde** emerge como uma condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80 e determinante para que possam permanecer a viver nas suas casas com segurança.

Procuramos neste estudo ter um olhar para a saúde de quem envelhece, aproximado do da OMS, que considera não poder dizer-se que a saúde precária acompanha necessariamente a idade avançada provocando dependência, uma vez que a adoção de comportamentos saudáveis, pode prevenir ou retardar a maioria dos problemas de saúde. Por outro lado, quando estes surgem e são detetados precocemente, poderão ser controlados e mesmo quando conduzem ao declínio, o ambiente de apoio poderá permitir que viva com dignidade e crescimento pessoal contínuo, sendo deste modo importante olhar para a saúde da população idosa não pela

presença ou ausência de doença mas em termos do impacto que essas condições têm sobre a sua funcionalidade e bem-estar (WHO, 2015).

Optamos no entanto pelo conceito de saúde da Teoria da Consecução de Objetivos de Imogene King para nortear a análise indutiva dos dados, por considerarmos como foi dito anteriormente, tratar-se de uma Teoria que se aplica ao estudo de Populações Vulneráveis. Retomamos deste modo a forma como define saúde: “ *experiências dinâmicas da vida de um ser humano, que implica um contínuo ajustamento a stressores do ambiente interno e externo, através do uso ótimo dos recursos para atingir o potencial máximo da vida diária*” (King, 1981 p. 5)

Quando falamos em saúde, emerge também o conceito de qualidade de vida, habitualmente como um indicador do estado de saúde e por sua vez associado ao conceito de envelhecimento ativo apresentado pela OMS em 2002, sendo definido de acordo com o proposto em 1994, como “*a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características mais salientes do ambiente*” (WHO, 2002: 13).

Passamos assim à apresentação dos resultados relativos ao estado de saúde como condição influenciadora, em torno das três atitudes face à vida já enunciadas.

Para os *Independentes* ter saúde confere-lhes um sentimento de poder relativamente a este processo e à manutenção de uma vida independente: *Sinto que tenho o poder para o fazer para viver sozinho, porque a saúde também tem ajudado* (P 16).

Para os *Resignados* ter saúde dá-lhes a possibilidade de se manterem a viver sozinhos nas suas casas sem interferirem na vida dos filhos: *Graças a Deus tenho uma saúde de ferro o que é uma grande ajuda para não ter que sobrecarregar os meus filhos que eles não podem e como lhe disse não estão por perto* (P 12).

Já os *Amargurados*, todos eles são doentes.

Tanto os *Independentes* como os *Resignados* consideram também como favorável para a possibilidade de uma vida independente, o facto de ter a **capacidade intelectual** preservada.

*Enfim e a cabeça também ainda ajuda. Enquanto estiver assim capaz, vou-me mantendo por aqui por casa (P 21).*

*A minha cabeça ainda funciona muito bem para essas coisas. É o que me vale para poder estar sozinha (P 22).*

Alguns percebem terem sido sempre saudáveis revelando com um tom de orgulho, sentem-se ainda como jovens no que diz respeito à sua saúde.

*É como lhe digo, se não fosse o joelho, até parece que tenho 40 anos. Não me dói a cabeça, vou dormindo bem, ainda tenho força para fazer as coisas (P 19).*

*Como lhe disse, não tenho grandes problemas de saúde. Com mais de 90 anos, nunca fui operada nem nunca estive num hospital (P 29).*

Comparam a sua saúde com a de pessoas que lhes são próximas em termos de idade, sendo algumas até mais novas e falam com satisfação dos pequenos problemas que tiveram ao longo da vida e da manutenção da funcionalidade apesar da idade avançada.

*Bem, eu Graças a Deus nunca tive grandes problemas, tenho tido saúde. Por exemplo a minha irmã já foi operada por diversas vezes, mas eu fui só assim aos olhos, à perna, uma ocasião o meu médico também me tirou uma coisita aqui no pescoço mas de resto (P 1).*

*Mas das três [amigas] eu sou a que estou melhor. Uma delas, ainda mais nova, custa-lhe muito subir a rua e a mim não (P 3).*

Valorizam não ter as doenças que associam ao processo de envelhecimento como a Diabetes, a Hipertensão Arterial e a Dislipidemia, entendendo assim estar dispensados de uma vigilância médica mais rigorosa.

*Vou muito pouco ao médico. Sabe que eu tenho muita saúde, vou ao médico só mesmo em SOS. Graças a Deus não tenho aquelas doenças que todos têm, diabetes, tensões altas, colesterol! Então preciso pouco de médico (P 14).*

*Mas também tenho tido saúde, não tenho doenças interiores que eu sei, não tenho diabetes. O colesterol quando está a 200 e tal, com uma dietinha e com o exercício lá volta ao sítio (P 17).*

É também valorizado o facto de a sua saúde lhes permitir ter uma alimentação sem grandes restrições, permitindo-lhes inclusivamente cometer alguns excessos.

*Eu como de tudo, até as pessoas me dizem como é possível eu comer de tudo, mas eu sinto-me tão bem, tudo me cai bem. [risos] (P 3).*

*Sinto-me muito bem. Graças a Deus tenho muita saúde e nem preciso de ter grandes cuidados. (...) Se quer que lhe diga nem tenho cuidados nenhuns. Mesmo com a alimentação. Gosto muito de batata frita que dizem que faz mal mas eu como e sabe-me bem e não me faz mal nenhum. Como um cozido à Portuguesa. Nada me faz mal, graças a Deus! (P 19).*

Associam também a saúde a um bom sono e vice-versa: *Adormeço tarde mas depois durmo muito bem. Tenho um bom sono o que também ajuda a ter saúde! (P 20).*

Consideram como situações que perturbam a sua saúde episódios agudos, como constipações, que resolvem facilmente com medicação.

*Mas eu tenho muita saúde. Agora o que me está a chatear mais é esta constipação, mas eu tomo o Ben-u-ron e isto passa (P 10).*

*De momento tenho estado muito bem da minha saúde, a não ser por vezes estar um pouco constipada mas mais nada (P 21).*

Para os *Independentes* um percurso de vida sem grandes percalços nesta área da saúde conduz a uma atitude de **gratidão** e em alguns casos a uma falta de preocupação com esta questão, que se traduz numa atitude de **aceitação** do que possa vir a acontecer no futuro: *Eu não me preocupo com a minha saúde, mas também porque a tenho tido Graças a Deus. Não é que seja fatalista mas o que tiver de acontecer acontece! (P 26).* Para eles ter saúde é ainda percecionado como determinante para que a vida **continue a ter sentido**: *Se eu estivesse como estive há uns tempos ainda a minha mulher era viva, com problemas da coluna que eram umas dores que nem quero que me lembre mas agora como estou bem de saúde, a vida continua a ter sentido (P 18).*

Por outro lado, a **falta de saúde** com o aparecimento de algumas doenças, dificulta este processo de envelhecer sozinho depois dos 80: *Neste momento o que me dificulta mais viver sozinha é a falta de saúde (P 4); Não é nada fácil viver sozinho na situação em que estou porque a minha saúde não ajuda nada (P 30)* e quando já consideram ter alguns problemas de saúde, fazem a sua avaliação de acordo com a possibilidade que esta lhes dá de poder desempenhar as tarefas do dia-a-dia: *Não tenho saúde a 100% mas a que ainda tenho vai dando para o dia-a-dia (P 24).*

Percebemos também que quando a saúde falta, o olhar é diferente de acordo com as atitudes face à vida de quem envelhece só. Os *Independentes* olham para os problemas de saúde que vão tendo com positivismo relativamente à recuperação da

doença: *Passado pouco tempo [de colocar uma Prótese Total do Joelho] já fazia tudo outra vez e agora muito melhor porque já não tenho dor (P 1).* Já os *Resignados* olham-nos com uma atitude conformada e como uma inevitabilidade da idade já avançada: *A saúde é pouca porque já tenho muitos problemas de intestinos, com o chichi, para andar mas tudo próprio da idade! (P 2),* considerando também não serem suficientemente apoiados pela família nesta área.

*Eu bem precisava de mais ajuda dos meus filhos porque a saúde já é pouca mas como lhe disse eles pouco aparecem. (P 2).*

*Eu já tenho muitos problemas de saúde mas faço tudo para não dar trabalho aos meus filhos que eles têm as vidas deles e não têm grande tempo para ocupar comigo (P 27).*

Emerge ainda dos dados a preocupação em não sobrecarregar a família com os seus problemas de saúde, de um modo particular pelos *Resignados*.

*Ultimamente, tenho tido mais problemas de saúde mas só não quero é dar preocupações à minha filha (P 8).*

*O que eu não quero é dar trabalho aos meus filhos com os meus problemas de saúde! (P 2).*

Como já foi dito anteriormente, os *Amargurados*, são doentes e consideram a falta de saúde ser o seu maior problema e o elemento mais perturbador nas suas vidas pela vulnerabilidade e limitações que implica e consequente dependência de outros.

*Ai, estou toda deformada, tenho artroses, tenho bicos de papagaio [puxa o roupão para cima para expor os joelhos]. Olhe para isto, estou toda aleijada e as minhas costas, é umas dores. É tudo torto, um ombro mais acima, o outro mais abaixo, é esta marreca e estou cada vez mais pequena.(...). Eu agora como estou entretida a falar consigo, estou bem mas tenho muito formigueiro nesta perna [direita] e fico descontrolada com isso. (...) Sinto-me muito presa, muito presa. A saúde já não ajuda para andar (P 6).*

*Considero-me uma pessoa com muito pouca saúde. Não tenho visto grandes melhoras das feridas nas pernas. Vamos lá ver! O que os enfermeiros me dizem é que isto vai durar muitos meses, que vai ser tudo muito devagarinho. Isto destas feridas nas pernas está a afetar bastante a minha vida (P 9).*

Associam também a falta de saúde à perda de qualidade de vida: *Agora já não tenho qualidade de vida porque falta-me a saúde (P 30)* e a uma vida com mais limitações sociais porque se encontram nalguns casos impedidos de sair de casa: *A saúde já não ajuda para andar e por isso estou aqui fechada em casa (P 6).* A falta de

saúde é ainda encarada como uma fatalidade: *O meu futuro é pensar que tenho que viver assim sozinha e sem saúde. Não posso viver de outra maneira* (P 6).

Percebemos também que os *Amargurados* são doentes e sentem-se doentes, lamentando que a sua **percepção negativa de saúde** seja desvalorizada pelos profissionais de saúde, que lhes dizem não terem nenhum problema específico: *Que eu sou muito doente. Dizem que não mas o que importa é o que eu me sinto e eu não me sinto bem. (...) Dizem que eu estou bem e eu sinto-me doente* [chora muito, para de falar, começa a suspirar e volta a falar depois de a confortar]. (P 6).

Ilustramos a seguir “**O Estado de Saúde**” como condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 4).

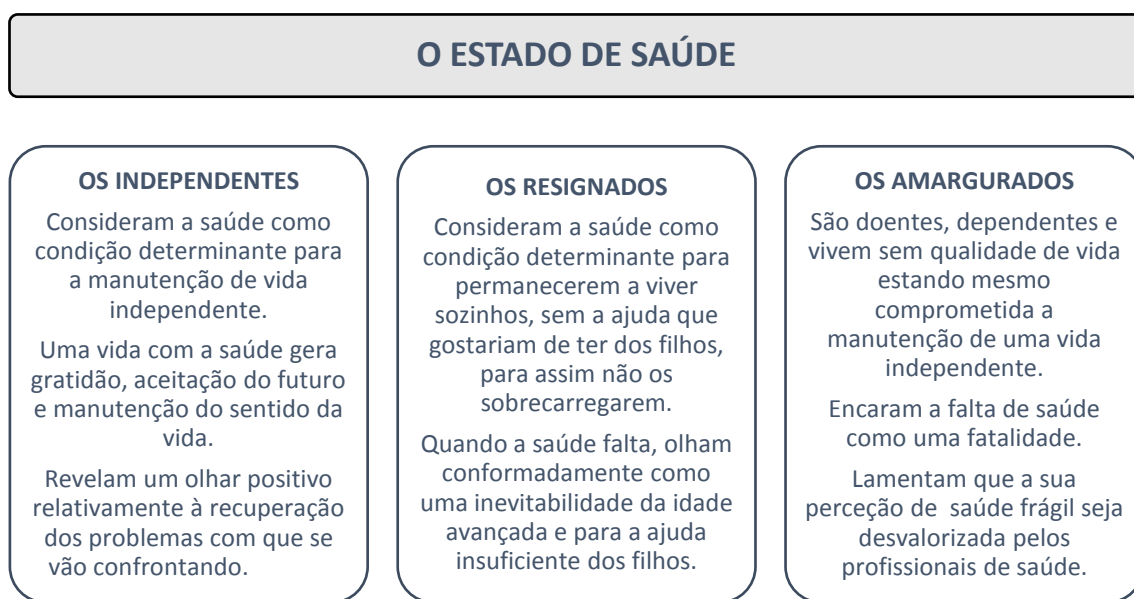


Figura 4 - Ilustração da subcategoria: “O Estado de Saúde”.

## 2.3.1. Os problemas e as preocupações

**Os problemas de saúde** são na sua maioria transversais aos participantes do nosso estudo, independentemente da sua atitude face à vida depois dos 80 e particularmente associados ao processo de envelhecimento, sendo a **mobilidade prejudicada** aquela que emerge com mais evidência, relacionado com alterações ósseas e articulares mas também com a presença de úlceras varicosas, perda de equilíbrio, dor e ainda doenças do foro neurológico, como Parkinson.

*A ferida que tenho na perna. Mudou muito a minha vida porque me custa a andar, tenho de usar canadianas (P 4).*

*(...) Neste último mês como se agravou o meu problema de equilíbrio por causa do Parkinson, (...) como tenho dificuldade em andar e agora até preciso da bengala e deixei de ir [à Universidade Sénior]. (P 24).*

*Procuo andar a pé mas estou cada vez mais preguiçosa e às vezes com as dores nos joelhos, passam-se dias sem caminhar (P 25).*

*Tenho muitas dificuldades em andar. São as artroses. É na anca, nos joelhos, até nas mãos. E depois tudo mudou. Desde que fui operado ao braço direito fiquei quase sem o mexer. Olhe para isto, é pele e osso. Já nem tenho músculos de não conseguir fazer nada com ele (P 30).*

A dificuldade em mobilizar-se provoca neles um maior cansaço e falta de forças que acaba por comprometer a sua funcionalidade, remetendo para a necessidade de maior ajuda para o desempenho das tarefas diárias, como veremos de forma mais detalhada à frente.

*É cansaço e é esta prisão de eu não poder andar, não ter o controlo [continua a chorar muito]. (P 6).*

*Tenho muita dificuldade em andar. Entretanto a empregada chega e eu já estou muito cansada (P 9).*

*Mas claro que o estado físico vai-se degradando. Já não tenho a agilidade que tinha, para andar já me canso muito. Faltam-me as pernas (P 21).*

*Ainda noutro dia tive que me meter ali [entre o sofá e uma mesa de apoio] para pôr uma ficha numa tomada e depois de me baixar não conseguia sair (P 3).*

Também percebemos que a dificuldade em andar os limita mais a casa, impedindo-os mesmo em algumas situações de sair e de conviver com pessoas. Impossibilita-os ainda de continuarem a frequentar locais que para eles são



importantes nomeadamente a Igreja, a Universidade Sénior ou o Centro de Dia o que conduz inevitavelmente a uma situação de maior isolamento social.

*Depois, por causa da ferida na perna custa-me muito a andar e não posso sair e isso custa-me muito porque gosto muito de sair à rua quanto mais não seja para ver pessoas e assim tenho que estar para aqui fechada (P 9).*

*Às vezes sinto-me assim triste. Agora fico mais triste porque quero ir à rua e não posso nem que fosse ir botar o lixo ao contentor que já arejava um bocadinho. Mas as pernas não me deixam. Mas já andava e já vinha toda contente por aí acima. Mas agora não posso! (P 13).*

*Sim sou católico e dantes até ia à missa. Mas agora não vou que canso-me muito e as pernas já falham muito (P 23).*

*Também fazem passeios [no Centro de Dia] mas eu agora já não vou porque já estou mais limitada das minhas pernas e preciso de ajuda para andar (P 29).*

*O que eu mais gostava era de ainda ter pernas. Para mim o mais importante era ter pernas mas infelizmente já as sinto muito fracas. Não deixo a minha bengala. Vai comigo para todo o lado. As pernas é que me vão tramando (P 29).*

A **perda de funcionalidade**, emerge também dos dados como outra condicionante de saúde que se traduz pela dificuldade crescente de desempenho das atividades diárias, nomeadamente fazer compras, cozinhar, cuidar do arranjo pessoal e da casa (limpar o pó, fazer a cama, passar a ferro, cozinhar), tomar a medicação e ainda conduzir.

*Outra coisa [dificuldade] é não poder ir às compras e às vezes faltam-me coisas (P 2).*

*Faço um esforço muito grande porque tenho muitas dificuldades em me arranjar de manhã mas lá vou fazendo as coisas mas muito devagar (P 30).*

*Limpar não limpo que eu já não vejo o pó (P 2).*

*Gostava de pôr umas cortinas, mas as minhas filhas não vindo eu não posso (P 2).*

*Dantes fazia a cama mas agora já não faço que me custa (P 5).*

*Agora infelizmente não posso dar a ferro que eu gosto tanto, mas não me seguro nas pernas (P 13).*

*Havia um dia, o domingo que vinham cá todos almoçar mas agora já não faço. Já me custa cozinhar e estar muito tempo de pé (P 20).*

*A medicação é que é um problema, precisava quem me ajudasse (P 6).*

*Das coisas que mais me custou foi deixar de conduzir. Nunca mais pude ir fazer as minhas compras, ou dar uma voltinha, a casa das minhas filhas. Enfim! (P 30).*

Como já foi dito anteriormente a perda de funcionalidade está fortemente associada à mobilidade prejudicada mas emerge também relacionada com as perdas sensoriais tais como défices na visão.

*Vejo muito mal. Tiraram-me a catarata da vista esquerda e o que vejo é desta vista. Mas desta não me puderam tirar porque eu tenho uma trombose, então quase que não vejo. É tudo sombras. E também não uso óculos porque na consulta o especialista da vista disse-me assim: “A senhora tanto vale usar óculos ou não que fica a ver igual” e então não uso óculos. Por isso é que não posso fazer quase nada aqui de casa (P 6).*

Esta perda de funcionalidade fá-los compararem-se com o que já foram e no que se tornaram, consciencializando a necessidade de ajuda para poderem manter-se a viver sozinhos em suas casas, com esta idade já avançada.

*Eu era uma mulher que fazia tudo e agora não faço nada. Se não tiver quem me ajude, não sei que será de mim? (P 6).*

*Sem ajuda não posso estar. Já não faço quase nada aqui em casa sem ajuda (P 6).*

As **quedas** são outro problema que emerge dos dados, associadas também à mobilidade comprometida. No entanto, neste estudo, são mais aqueles que nunca sofreram nenhuma queda, apesar do compromisso no andar: *Este ombro [esquerdo] esmigalhei-o todo uma vez que caí (P 3). Ando sempre aos tombos. Ando sempre a cair (P 13).*

Falam-nos também das situações em que não sabem explicar como aconteceu a queda: *No outro dia caí, dei um trambolhão que não posso perceber como (P 14).* Preocupam-se ainda com situação de risco e vulnerabilidade a que ficam expostos se não tiverem alguém por perto para os socorrer, ou se da queda resultar alguma complicação de saúde.

*Eu tinha uma cama de casal e como ocupava muito espaço, comprei uma de solteiro. Não imagina quantas vezes eu fui abaixo da cama e aqui sozinha de noite e depois não me conseguia levantar. Então andava aqui a rastejar no chão até onde encontrar onde me segurar melhor para me levantar. Mas às vezes não conseguia levantar-me e apanhei muito frio (P 6).*

*Ainda há uns tempos quis limpar aquela jarra que está ali no cimo do armário e ao pegar nela caí para trás e depois não me conseguia levantar (P 13).*

*Acordo sempre a meio da noite para ir à casa de banho e não percebo como é que caí, mas caí de joelhos e foram umas dores tão grandes que eu não gritei, eu gani. Não sei como consegui levantar-me (P 14).*

*Uma vez dei uma queda mas o que vale é que foi do segundo degrau. Mas foi um tombo que ainda hoje não sei como aconteceu. Caí de costas e depois fiquei ali e não me podia mexer, ou antes, tinha medo de me mexer por ter alguma coisa partida. Mas depois pensei que ninguém ia dar comigo, e devagarinho lá me levantei mas só ao fim de algum tempo. Tenho impressão que fiquei em estado de choque. Mas depois lá me fui arrastando até aqui ao sofá e lá me consegui deitar aqui e aqui fiquei (P 28).*

Por outro lado, no caso de Anabela, foi após uma das quedas que sofreu que a sua situação de saúde se complicou ao ponto de nunca mais ter saído de casa, vai já para oito anos com implicações também na dimensão social, mais especificamente na área das relações; *Mas depois dessa queda ainda fiquei uns dias mal, muito mal, toda dorida e desde aí não voltei a sair de casa (P 28).*

A dor é também um problema que emerge nos nossos dados particularmente associada aos problemas músculo-esqueléticos (artroses) e também às úlceras varicosas e com consequências na mobilidade.

*Este [ombro direito] também já me está a dar dores (P 3).*

*As dores, quando me dão, são terríveis. E quando me fazem o curativo [à úlcera varicosa], é terrível! (P 9).*

*O pior, são as dores no pé para andar (P 13).*

*Da artrose no joelho (...) vou andando com algumas dores. Eu por exemplo, se estou sentada ou deitada não me dói. É só quando me levanto (P 19).*

Alguns têm também uma **alimentação inadequada**, sendo diversas as razões que concorrem para tal, nomeadamente a perda de funcionalidade, no que diz respeito a cozinhar. Optam nalgumas situações pelo fornecimento das refeições através da Paróquia ou do Exército de Salvação, o qual é assegurado apenas nos dias úteis e uma única vez por dia. Acontece assim que procuram fazer chegar a refeição para o jantar e fins de semana, ficando privados de refeições completas e adequadas por estes períodos:

*Mas ao sábado e domingo não tenho as refeições da paróquia e aí como pior, ou um bifezinho de frango ou de peru (...) uma canjinha. P 6.*

*Claro que o que me trazem para o almoço [Exército de Salvação], procuro fazer chegar para o jantar com um bocadinho de ginástica lá se faz. E também tem que chegar para o fim de semana que elas não vêm (P 28).*

Quando têm patologias que exigem um ajuste em termos de dieta, alguns dos participantes do estudo continuam a fazer uma alimentação inadequada por falta de conhecimentos: *Eu de manhã e à noite só tomo leite e um pão e ao meio dia é que eu faço qualquer coisa quente para comer. Faço um arrozinho, um esparguete e acompanho com rodela de chouriço de Trás os Montes [risos]. Carne não como que não sou amante de carne e peixe, trabalhei 12 anos com peixe e fiquei sem gostar. Legumes não como, que não sei fazer nem sei arranjar saladas. Havia de fazer não é por causa da diabetes mas não sei fazer estas coisas (P 22)*, porque muitas das refeições são feitas em casa dos filhos onde cometem alguns excessos: *Mas às vezes é difícil fazer a dieta mais adequada às minhas necessidades até porque janto nos filhos todos os dias. Por exemplo, tenho ácido úrico que é uma das consequências dessa falta de cuidado com a alimentação (P 24)*, ou mesmo por falta de vontade para aderir a uma dieta adequada: *Faço muitas asneiras mas adoro comer. Tudo me sabe bem. Eu sei que devia ter mais cuidados mas depois também a vida tem menos sabor. Gosto de poder comer de tudo quando tenho a família reunida (P 25).*

Por último, emerge no âmbito dos problemas de saúde, o **padrão de sono prejudicado** que associam à velhice: *Acordo muito de noite porque tenho que ir muitas vezes à casa de banho e depois quando volto, se adormeço muito bem, senão, às vezes levanto-me (...) e ponho-me a ler ou a fazer um cruzadex. É da idade. Depois volto-me a deitar” (P 2)*, justificando nalguns casos que sempre dormiram mal mas agora ser ainda pior: *“Desde que estou pior da minha perna [úlceras varicosas], tento descansar mas não durmo que a gente quando vai para velha dorme pior (P 4).*

O que pode estar na origem da perturbação do sono são fatores diversos, nomeadamente problemas de eliminação urinária mas também pensamentos que não abandonam a sua mente: *Às vezes não durmo e ando aqui de pé. Às vezes ainda vou tomar um chazinho para ver se me alivia e me tira aqueles pensamentos maus. Passo noites muito más (P 6)*. Para além de tomarem chá para retomar o sono, falam-nos ainda da medicação prescrita por médicos da especialidade mas que nem sempre

resulta: *Durmo muito mal. Não durmo mais que 1 hora seguida. Ando na Psiquiatria e na Neurologia mas não vale a pena. Agora a médica deu-me uma receita superior mas não adianta nada. (...). Cada vez durmo pior* (P 22).

Ilustramos na Tabela 13, os **Problemas relacionados com a Saúde** das pessoas que envelhecem sós depois dos 80, explanando os fatores relacionados e as características definidoras com uma aproximação à organização dos diagnósticos de enfermagem da Taxonomia da NANDA Internacional, 2015-2017 (NANDA-I, 2015).

<b>PROBLEMAS DE SAÚDE</b>	<b>FATORES RELACIONADOS</b>	<b>O QUE OS CARACTERIZA</b>
<b>Mobilidade Prejudicada</b>	Alterações ósseas e articulares Úlceras varicosas Perda de equilíbrio Dor	Cansaço Falta de forças Funcionalidade comprometida Isolamento social
<b>Perda de Funcionalidade</b>	Mobilidade prejudicada Défices sensoriais (ex: défice de visão)	Dificuldade crescente de desempenho das atividades
<b>Quedas</b>	Mobilidade prejudicada	Dificuldade em se levantar sozinho Isolamento social
<b>Dor</b>	Problemas músculo-esqueléticos Úlceras varicosas	Mobilidade prejudicada
<b>Alimentação Inadequada</b>	Funcionalidade comprometida Falta de conhecimento da dieta Falta de vontade	Relato de ingestão inadequada de alimentos
<b>Sono Prejudicado</b>	Idade avançada Problemas urinários Pensamentos intrusivos	Relato de dificuldade em dormir

Tabela 13 - Problemas relacionados com a Saúde das pessoas que envelhecem sós depois dos 80.

Avançando na análise dos dados, emergiram também algumas **preocupações** no âmbito da saúde e de certa forma também elas transversais aos participantes do nosso estudo, independentemente da sua atitude face à vida depois dos 80, mas com particularidades diferentes para aqueles que vivem ainda com saúde ou pelo contrário, são doentes. Preocupam-se com o agravamento das doenças crónicas ou de alguma situação aguda que possa vir assim a interferir na funcionalidade e autonomia ou mesmo conduzir à morte.

*Agora é esta doença que já anda há anos e não dão conta dela e que me faz cismar muito porque tenho medo que agrave ainda mais (P 6).*

*Quando estou sozinha, cismo muito. Depois não tenho equilíbrio para me poder orientar nas minhas coisinhas e tremo muito e isso é que me preocupa muito (P 6).*

*Ontem foi um dia mau com a asma. Custa-me um bocadinho mais as escadas e a fazer tudo com a falta de ar e quando é assim fico mais preocupada! (P 11).*

*A única coisa em que penso às vezes é se o joelho me começa a doer muito e eu quero andar e não posso. Mas nem penso em ficar em cadeira de rodas nem nada, é mais eu querer sair de casa para dar as minhas voltas e não poder (P 19).*

*Tenho muito medo do AVC, que volte a repetir porque é uma doença que trás muitas limitações. Eu quando estive no Hospital da Misericórdia de Paredes por causa do que me deu vi lá muita gente com muitas limitações e tenho muito receio disso (P 22).*

*Às vezes preocupa-me porque penso que quando me der a falta de ar ou um ataque de coração, pode eliminar a Pessoa e nessa altura não há Santa que me valha! (P 23).*

**O medo de alguma doença** que venha a instalar-se é também motivo de preocupação, particularmente para aqueles que ainda estão saudáveis, pela imprevisibilidade relativa à forma como poderão lidar com ela no futuro: *A minha maior preocupação é manter-me o mais saudável possível porque tenho medo de adoecer. Quando se vive só, tem-se medo de adoecer. Porque depois como é que é? (P 18).*

Emerge ainda com muita força a preocupação de que um agravamento do estado de saúde possa **impossibilitar de poder comunicar** a alguém esta ocorrência. As noites são assim mais difíceis de enfrentar e o medo da morte torna-se mais premente ante a possibilidade de poder ser encontrado vários dias após a mesma.

*(...) ouço contar de tanta gente a quem acontecem coisas quando estão sozinhas, que tenho receio de precisar de alguma coisa e estar aqui sozinha. (P 3).*

*Olhe, tenho muito medo de cair ou de me dar alguma coisa durante a noite e ficar para aí sem ninguém saber do que se está a passar. Às vezes de noite cismo muito nisto. Mas durante o dia já não me preocupo. As noites é que são piores (P 25).*

*A minha maior preocupação é a noite, porque a gente houve falar de pessoas que vão dar com elas já depois de muitos dias mortas, coitadinhas que nem se sabe há quantos dias estão ali. (P 27).*

*Um dos meus medos é que se me acontece alguma coisa para aqui sozinho aqui fico até alguém se lembrar de mim. É uma vida muito triste! (P 30).*

Particularmente associado a esta preocupação de quem envelhece só em idade avançada de não poder comunicar algum acidente, emerge o medo de cair, relacionado ainda com as lesões que podem advir resultantes da queda.

*E depois tenho medo de cair e ficar para aqui estendida sem ninguém para me socorrer e nem darem por isso (P 2).*

*Nunca caí mas tenho muito medo de cair. Vou sempre com muita atenção nos passeios. Não quer dizer que de um momento para o outro não possa cair. Mesmo a entrar no autocarro, entro e saio com muita facilidade mas depois lá dentro a minha preocupação é ir segura porque nem sempre tenho lugar sentada. O que me vale é não ter muito peso (P 21).*

Ângelo fala-nos ainda da preocupação em documentar a sua história de saúde de forma a facilitar a intervenção médica numa situação em que o seu agravamento não lhe permita comunicar.

*Além disso tenho a minha história clínica toda escrita no computador e numa folha impressa [levanta-se e vai buscar a folha para me mostrar com todos os problemas descritos pormenorizadamente e de forma cronológica]. Se algum dia a minha saúde se complicar, aqui está. Isto tem tudo com datas, com medicação que fiz, com a que faço agora e por aí fora (P 18).*

Da análise dos dados emerge também a **preocupação com o final da vida** e em alguns casos particularmente com a morte, a qual é transversal às três atitudes face à vida, falando do medo do sofrimento mas também do medo não da dor mas do sentir a morte.

*A morte preocupa-me muito. Porque sinto-me doente, sei que tenho esta idade e sou apegada à vida. Preocupa-me se eu sinto a morte. Nem são as dores que talvez nem sejam maiores que as que tenho sentido, mas é o sentir a morte. Tenho medo (P 9).*

*O meu avô, pensavam que estava a dormir e já tinha morrido. (...) A minha mãe, também foi uma morte santa. (...) Estava com um sorriso, tão bonita! Não houve sofrimento, não houve nada. Porque o sofrimento antes de morrer é que me aflige (P 14).*

Falam ainda do medo do que desconhecem, do final de vida e questionam-se inclusivamente acerca de como será um dia que percam a autonomia e fiquem dependentes de alguém.

*Às vezes tenho receio de não conseguir aguentar, por não saber o que me espera. Preocupa-me o fim! (P 9).*

*A minha preocupação é pensar quem me poderá valer se for necessário. Como estou sozinho, quando eu não puder fazer as coisas, alguém tem de me valer mas não sei bem como vai ser. Tenho medo do fim (P 23).*

*Eu não sei se lhe posso chamar medo. Talvez mais receio. Há coisas que eu não consigo controlar. Não sei como vou morrer! Se vou estar cá muito tempo sem conseguir fazer as coisas (P 23).*

Percebemos deste modo que quem envelhece só depois dos 80 pode vivenciar duas grandes preocupações relacionadas com a saúde. A primeira prende-se com o agravamento do estado de saúde que possa comprometer a possibilidade de comunicar a alguém o sucedido, conduza à perda da autonomia e da funcionalidade e nas situações mais extremas à morte. A segunda prende-se com o final: a morte e o sofrimento (Figura 5).

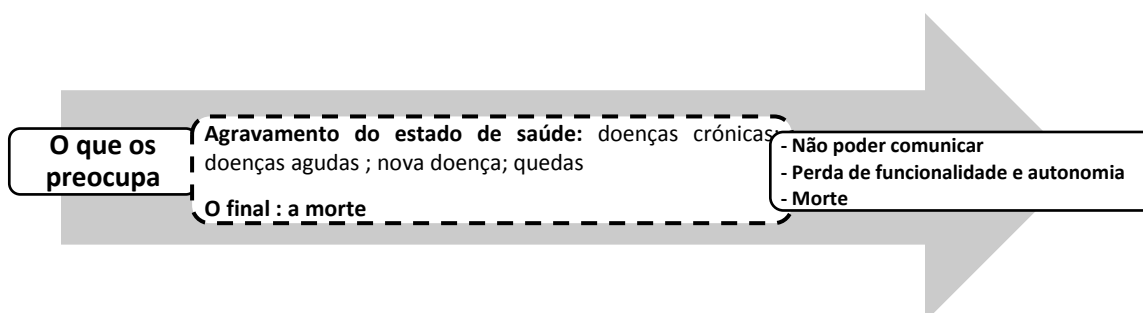


Figura 5 - Ilustração das “Preocupações relacionadas com a Saúde” de quem vive só depois dos 80.



## 2.4. A situação financeira

A **situação financeira** emerge também dos dados como condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, determinante para que possam permanecer a viver nas suas casas de forma independente. Passamos assim à apresentação dos resultados relativos a esta condição influenciadora, em torno das três atitudes face à vida já enunciadas.

Como já compreendemos, os *Independentes* caracterizam-se por uma busca incessante da independência a qual pode ser facilitada pelo desafogo financeiro, como passamos a ilustrar a partir dos dados.

A propósito da decisão de passar a viver só, referimos anteriormente que Marcília, viúva com 86 anos, fez esta opção por considerar que os seus problemas de incontinência urinária colocavam alguns constrangimentos na relação que tinha com um dos filhos com quem vivia: *Mas eu não me sentia à vontade. Sabe que eu já tenho uma idade com muitos problemas intestinais, às vezes tenho umas “desandas” e também problemas de chichi, eus uso fralda, enfim problemas de casa de banho e isso causa um ambiente que eles [filhos] não compreendem e então decidi que queria viver sozinha* (P 2). No entanto a possibilidade de uma vida independente, passando a morar sozinha sem vivenciar estes constrangimentos só foi possível graças à disponibilidade financeira que tem e lhe possibilitou o encargo da renda de um apartamento: *A renda deste apartamento são 300 € e como posso pagar, então achei que sim, que podia vir para aqui e passar a viver sozinha* (P 2).

Quando o dinheiro não chega para as despesas com a saúde, os *Independentes* aceitam a ajuda dos seus familiares: *A minha reforma e a do meu marido vai dando para eu viver, mas quando surgem estes problemas de saúde [úlceras varicosas] já é mais complicado. Aceito a ajuda das minhas filhas* (P 4).

O desafogo financeiro é também entendido pelos *Independentes* como facilitador de **maior autonomia**: *Sabe que o desafogo financeiro também ajuda nisso [na autonomia] e como eu graças a Deus o tenho, algumas das minhas decisões sobre como quero viver também dependem disso, sem dúvida* (P 5) e **qualidade de vida**: *Depois tenho uma boa reforma que me permite viver com alguma qualidade de vida!* (P 3).

Emerge ainda dos dados, a possibilidade que o desafogo financeiro dá aos *Independentes e Resignados* de aceder a um leque mais alargado de recursos/estratégias no âmbito da assistência em saúde e de suporte às perdas funcionais, as quais abordaremos mais detalhadamente a propósito das estratégias utilizadas por quem envelhece só depois dos 80: *Depois o dinheiro que tenho também me chega, inclusivamente para alguma coisita que venha a aparecer por aí com a minha saúde, para me ajudar a continuar aqui na minha casa* (P 16). Acontece no entanto que enquanto para os *Independentes* esta facilidade de acesso a recursos/estratégias é valorizada pela possibilidade que lhes dá de manutenção de uma vida independente, para os *Resignados*, a mesma tem valor por permitir que se mantenham nas suas casas, não sobrecarregando os filhos cujo suporte que disponibilizam percebem como insuficiente.

*O que vale é que tenho proventos, tenho dinheiro, porque tenho a reforma do marido que é boa e a minha também e tenho conseguido viver bem, com qualidade de vida sabe? Mas não há nada que pague a proximidade dos nossos!* (P 8).

*Como lhe digo, tenho tido saúde e quando é preciso tenho dinheiro para resolver qualquer problema que tenha mas o dinheiro não é nada face ao que sinto por passar dias sem ver nenhum dos filhos ou netos. Isso é que é muito difícil* (P 12).

Também os *Resignados* têm uma atitude diferente, quando a situação financeira não é suficiente para fazer face às despesas de saúde, revelando-se incapazes de contar com a ajuda dos filhos: *O dinheiro é pouco, às vezes quase não dá para a medicação mas não peço nada aos meus filhos. Quando não chega, paciência* (P 28).

Quanto aos *Amargurados* como já vimos, são doentes mas também são pobres, subsistindo com pequenas reformas e grandes dificuldades em assegurar os bens de primeira necessidade, nomeadamente o pagamento da renda, água, luz e alimentação.

*Não dá para tudo [a reforma]. Dá para pagar a comida da igreja, para pagar o telefone, a renda da casa, a luz e a água* (P 6).

*Mas o dinheiro não chega. Ainda preciso que o meu filho me ajude com as compras cá para casa. Não chega* (P 6).

*Falta-me o dinheiro. Trabalhei uma vida inteira e tenho que estar sempre a fazer contas* (P 30).

Mas para além da dificuldade em assegurar estas despesas, **quando se é pobre** torna-se também mais complexo lidar com as complicações de saúde que implicam mais encargos relativos a medicamentos e tratamentos.

*O dinheiro é muito pouco. Tenho que fazer muitas contas. Às vezes mal dá para os medicamentos (P 13).*

*Tenho tido muitas despesas com a minha saúde e o dinheiro falta-me. Primeiro foi este problema do braço que praticamente está inutilizado, depois foi o cancro do pulmão. Houve uma altura que andava sempre a correr para os médicos e as despesas foram muitas, com os remédios e as deslocações (P 30).*

Por sua vez, esta falta de liquidez financeira prejudica ainda a adoção de algumas estratégias que poderiam ajudar quem é doente e mais dependente a envelhecer só depois dos 80, nomeadamente através da contratação de alguém para ajudar, tal como fazem aqueles que têm desafogo financeiro, como veremos mais à frente.

*Se eu tivesse dinheiro era o que eu fazia, pagava a uma senhora para cuidar de mim, mas infelizmente sou pobre (P 6).*

*Mas não quero dizer com isto que não seja arriscado [viver sozinha] não é? Se tivesse alguém aqui talvez fosse melhor, para me acudir se me acontecer alguma coisa mas não há dinheiro para isso (P 9).*

Ser pobre impossibilita assim o acesso a estratégias/recursos para assegurar os cuidados adequados à situação de precariedade em que se encontram os *Amargurados*, tornando-se assim mais doentes:

*Sabe que mais? Ser pobre não ajuda nada a tratar das doenças. Cada vez estou mais doente! (P 6).*

*Vai-se tudo nos medicamentos e na comida e não sobra nada para me tratar como devia e para aqui estou cada vez mais doente (P 9).*

*E depois como não tenho dinheiro não atalho as doenças que tenho como devia e cada vez estou pior! (P 13).*

*Cada vez me sinto mais doente mas já não há dinheiro para me tratar e vou deixando andar, vou deixando o tempo passar! (P 30).*

Ilustramos a seguir “A Situação Financeira” como condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 6).

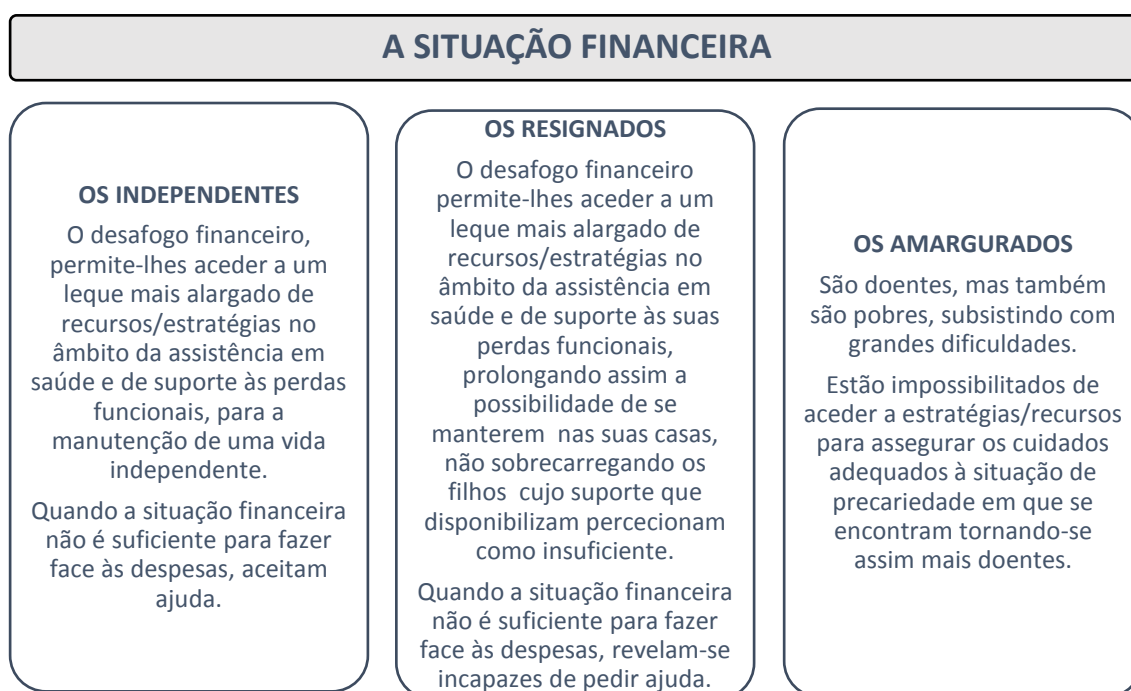


Figura 6 -Ilustração da subcategoria “A Situação Financeira”.

## 2.5. A espiritualidade

Da análise dos dados, emerge de uma forma muito evidente a **espiritualidade**, como uma condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, apresentando no entanto contornos diferentes de acordo com a atitude face à vida de quem se encontra neste contexto.

Julgamos ser pertinente introduzir o conceito de espiritualidade, uma característica profundamente humana que permite à pessoa desenvolver valores transcendentais que estão para além do mundo material, sendo considerada por O’Brien, aquilo que inspira o desejo de transcender o material (O’Brien, 1999).

Wright (2005) define-a como *“tudo aquilo e todo aquele que atribui um significado e um propósito final à vida de uma pessoa e que apresenta formas particulares de estar no mundo, em relação com os outros, consigo mesmo e com o universo”* (Wright, 2005 p. 20). Nesta perspetiva, a vida de cada um parece consistir num conjunto de atividades diferentes, com diferentes objetivos e desafios, que vão

mudando à medida que a pessoa se torna mais madura. Serralheiro (1993) diz ainda que a espiritualidade diz respeito à *“situação de toda a pessoa humana que procura autenticidade face a si própria, aos outros e à vida, é o sentido profundo dos acontecimentos da vida pessoal (...). Esta procura de autenticidade é a força interior que permite unificar e dar um sentido definitivo à existência”* (Serralheiro, 1993 p. 20). É ainda considerada uma das dimensões do conceito multidimensional de saúde da OMS (1998), onde é associada também ao significado e sentido da vida (WHO, 1998).

A espiritualidade prende-se portanto com o sentido da vida, perspectivado por Viktor Frankl no seu trabalho *“O Homem em busca do sentido”* (Frankl, 2005). Psiquiatra austríaco de origem judaica, três anos prisioneiro no campo de concentração de Auchwitz e fundador da Escola da Logoterapia, explorou o sentido existencial do indivíduo, apontando para três possíveis caminhos através dos quais se pode encontrar um sentido para a vida consistindo o primeiro em criar um trabalho ou fazer uma determinada ação, ou seja, ter um objetivo na vida. O segundo pode ser encontrado no amor, ou seja, encontrar alguém que se ame e que nos ame, referindo que quando nada mais resta, a pessoa *“pode tornar-se bem-aventurada – ainda que somente por alguns momentos, entregando-se interiormente à imagem da pessoa amada (...) realizando-se na contemplação amorosa da imagem espiritual que tem dentro de si da pessoa amada”* (p. 43). O terceiro e considerado pelo autor, o mais importante será aquele em que uma vítima desamparada que vive uma situação sem esperança, enfrenta assim um destino que não pode mudar, erguendo-se *“para além de si mesma e assim mudar-se a si mesma”*, transformando a tragédia pessoal em triunfo (p. 124). Considera também que a busca do indivíduo por um sentido é exclusiva e específica, uma vez que apenas poderá ser cumprida pelo próprio, afirmando que *“o ser humano é capaz de viver e até de morrer pelos seus ideais e valores”* (p. 92), acrescentando que *pelo “facto de cada indivíduo não poder ser substituído nem representado por outro é (...) aquilo que (...) ilumina em toda a sua grandeza a responsabilidade do ser humano pela sua vida e pela continuidade da vida”* (p. 78). Diz ainda não importar propriamente o sentido da vida de um modo geral mas sim o sentido específico da vida de uma pessoa num dado momento, sendo a tarefa de cada um tão singular como a sua oportunidade específica de a levar a cabo. Cada situação da vida constitui por isso um desafio para a pessoa, não devendo cada um perguntar qual o sentido da sua vida mas sim

reconhecer que é a própria que está a ser questionada. “*Em suma, cada pessoa é questionada pela vida; e ela somente pode responder à vida respondendo pela sua própria vida; à vida somente pode responder sendo responsável*” (p. 98).

Passamos assim à apresentação dos dados relativos à espiritualidade como uma condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80. Percebemos assim que esta influencia o desejo de manutenção de uma vida independente, de um modo particular para os *Independentes* e *Resignados*, pela realização de valores transcendentais como a fé, a paz e o amor e pela possibilidade de encontro de um propósito e ações significativas (ter objetivos, ajudar os outros), confirmando as relações consigo próprio e com os outros, com Deus e com a Natureza. No entanto assume contornos diferentes, quando percebemos que a fé contribui para os *Independentes* contribui para a manutenção de uma vida independente que os realiza: (...) *tenho muita fé, parece que tudo me corre bem. Tenho em Deus esta possibilidade de viver como vivo, independente* (P4), enquanto para os *Resignados*, para uma vida a sós com que se conformam: *Eu acho que o meu suporte que é a religião, ou antes a questão da fé, que me ajuda a conformar-me com esta solidão em que vivo, esta falta dos meus filhos!* (P 12).

**Ter fé e a crença em Deus** emerge neste estudo com uma evidência que aparenta ser transversal aos participantes do nosso estudo, independentemente da sua atitude face à vida depois dos 80, mas com contornos diferentes para os diversos grupos. É nesta fé que os *Independentes* e os *Resignados* vão buscar a força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam, nomeadamente na área da saúde: *E que Deus me mantenha a minha cabecinha assim como está vendo* (P 29), das relações com os que lhes são próximos: *Tento [resolver problemas familiares] através da fé que tenho* (P 5); *Lá está, aí está a Mão Divina, penso eu e que lhe tocou o coração e lá vem ela [filha] por aí fora com os meus netos para manter a ligação* (P 8), das perdas que sofreram: (...) *se não tivesse fé, havia muitas coisas que para mim não teriam sentido, como alguns desgostos que tive que foram bastantes. A minha irmã que eu adorava morreu com um cancro, a morte do meu irmão com tantos problemas psiquiátricos, a morte das minhas sobrinhas, foi um abalo muito grande e a fé dá-me muitas forças para enfrentar essas dificuldades, estas perdas* (P 26) e através dela colocam nas mãos de Deus a sua vida, numa atitude de entrega e de confiança que lhes permite não se sentirem sós a lidar com a incerteza daquilo com que poderão ser

confrontados no futuro.

*É Deus que quer assim [que tenha tanta força]. É tudo com ele. Eu entrego-lhe tudo. (...) Procuro não pensar o que me vai acontecer e ponho-me nas mãos de Deus sabe? É o que me traz mais paz, é entregar e confiar [em Deus] (P 1).*

*A vida não é como a gente quer mas é assim para todos, é como Deus quer (P 7).*

*Se Deus quiser continuarei a viver sozinha. Confio o meu futuro a Deus e a Nossa Senhora. E entreguei os meus filhos a Nossa Senhora da Conceição. (...) Eu acho que o meu suporte é a religião, ou antes a questão da fé (P 12).*

*Eu conto com a minha filha mas ela tem um cargo que não lhe dá muito tempo para cuidar de mim. Mas a gente não sabe. O futuro a Deus pertence e tenho que confiar o futuro a Deus (P 29).*

A fé tem também para os *Independentes e Resignados* um efeito tranquilizador no que diz respeito ao aproximar do fim e do confronto com a morte, ajudando-os a entenderem o sentido de algumas situações de sofrimento e da sua presença aqui na terra: *A minha fé ajuda-me bastante porque eu acredito em Deus (...) que ele me protege e tanto me protege que eu até à data vou tendo saúde e vou fazendo as minhas coisas, vou ajudando os filhos e os netos. Às vezes até digo que se ainda não fui ou é porque estou aqui a ser castigado [risos] ou então é porque estou para fazer alguma coisa boa! Mas eu acho que ainda estou cá nesta vida, por alguma coisa boa! (P 10);* a relativizar os medos: *Eu acho que a fé que tenho é a minha grande ajuda e também o facto de falar com os meus mortos, com a minha mãe, a minha irmã e o meu marido e peço-lhes que me venham esperar à porta do céu que é para eu não ter medo. Tenho esta confiança (P 20)* e o sofrimento: *Por um lado, para mim era uma felicidade, se fosse uma morte santa, sem sofrimento, era o que eu mais gostava mas isto não está comigo, está com Deus (P 14);* pela confiança que depositam na intervenção Divina: *Agora quando Deus quiser que me leve. Estou à espera (P 29); Para mim ter fé é essencial. Ajuda-me em tudo. A aceitar a vida, a aceitar os outros, tudo! E depois estou mais próxima de ir para o céu. Espero, espero que haja céu! (P 20).*

Para os *Amargurados* a **fé e a crença em Deus** emerge evidente face à condição de se encontrarem a envelhecer em idade avançada sós no mundo, doentes e pobres. Procuram deste modo colocar nas mãos de Deus aquilo que já não conseguem fazer: *Eu sei que não estou sozinha, Deus está ao meu lado e Ele que faça o que quiser de mim que eu já não posso! [começa a chorar]. (P 6); Como já não tenho capacidade*

*para cuidar de mim, entrego o meu futuro a Deus, entrego-lhe tudo a Ele e que seja como Ele quiser (P22), permitindo aliviar de certa forma a incerteza daquilo com que poderão ser confrontados no futuro: O meu futuro parece que estou a encará-lo a vir para trás mas parece que Deus me dá outra força que tenho quem me vá ajudando para eu me manter mais ou menos por aqui com todas estas grandes dificuldades (P 9). Ajuda-os ainda a relativizar os medos e a aliviar o sofrimento: (...) tenho muito apoio de Deus que eu tenho muito medo de morrer e sei lá! De sofrer! E então agarro-me a Ele! (P 22).*

Os *Amargurados* pela perda evidente da sua autonomia podem apresentar uma perda de sentido da vida, expressas na voz de Pedro pelas seguintes palavras:

*Ligo pouco à religião. Nunca fui de dar muita importância. Quando vivia em Angola nem à missa ia. E mesmo cá poucas vezes vou. Acredito em Deus, isso acredito mas infelizmente não me agarro muito a isso. Se calhar, se me agarrasse as coisas poderiam ser mais fáceis, talvez! Neste momento para mim a vida pouco sentido tem. Se Deus me levasse não fazia cá falta nenhuma! Como estou, é só para dar trabalho e preocupações às minhas filhas e eu não sou homem para isso. Sempre fui muito independente a vida toda e agora estar sem saúde e com dificuldades em cuidar de mim, é duro. Mais valia Deus me levar! (P 30).*

Antónia evidencia também nas suas palavras o desejo expresso a Deus para que lhe abrevie o fim: *Só peço a Deus que se eu cair de vez numa cama que Deus me leve, que eu não consigo viver assim sem saúde e dependente da minha vizinha! (P 13).*

Evidencia-se ainda de um modo particular para os *Independentes* e *Resignados*, a importância de continuar a **ter objetivos**, associada a uma tarefa para cumprir, de dar continuidade àquilo que se tem, nomeadamente no que se prende com a manutenção da saúde e da autonomia, permitindo um olhar para o processo de envelhecer sozinho como inacabado.

*O que mais me ajuda a manter esta minha autonomia é ter sempre um objetivo. A lei da vida é precisamente procurarmos fazer o melhor possível para termos também a melhor vida possível. Vegetar não. Tudo aquilo que eu faço, gosto de fazer. Eu tenho uma coisa comigo. Eu sou eletricitista, eu sou costureiro, eu sou cozinheiro, eu sei um bocadinho de tudo. Porque eu digo assim, se fulano faz porque é que eu não faço também? Fui sempre assim desde pequeno (P 18).*

*O mais importante é todos os dias ter um objetivo e coisas para fazer, principalmente ajudar os outros. É o que me faz viver bem e estar como estou, sem problemas de saúde e cheia de vontade de viver. Estou com as pessoas, vou a casa de um ou de outro (P 26).*



Mesmo em algumas situações de vulnerabilidade, como a de Anabela, com 91 anos, cujas graves perdas funcionais a impedem de sair de casa há mais de 8 anos, mas para quem o sentido para a sua vida é ilustrado pelo objetivo que persegue com determinação e com sentido de missão relativo ao apoio prestado a um dos seus filhos, que considera precisar muito da sua presença: *Eu sinto que ainda tenho que estar cá porque ele [filho] ainda precisa muito de mim. Sofre muito com a mulher. Ela é muito doente. Sempre foi, sempre teve problemas de nervos mas também é mazinha. Tem lá muita maldade. Mas o meu filho é um santo de um homem e sofre muito e por isso ainda precisa muito de mim!* (P 28).

Também João nos diz estar a viver os melhores anos da sua vida, estando bem consigo próprio, não sentindo falta de nada nem temendo acontecimentos inesperados, nem mesmo a morte, tendo para si como objetivo viver até à mesma idade de sua mãe: *Gostava de viver até aos anos da minha falecida mãe. Já não falta muito. Só faltam seis anos. E eu gostava* (P 16).

Evidenciam-se também outros valores transcendentais, de um modo particular nos *Independentes*, como **estar em Paz** consigo próprio e com os outros; confiantes na sua capacidade de fazer o bem: *Porque eu sou um Homem que estou de bem com a vida, estou em Paz, não gosto de fazer mal.* (P 10); *Não falo para ninguém com rancor. Não tenho inimigos e isso também me dá uma certa tranquilidade* (P 16) e encarando o facto de viver só sem revolta nem tristeza: *Olhe é estar bem comigo, eu por exemplo acho que estou em Paz, não sou uma pessoa revoltada por viver sozinha, não* (P 2); *Não me sinto triste. Não sou pessoa de me sentir triste. Estou tranquila, sei que sou estimada por todos* (P 7). Olham também para a morte de um modo tranquilo: *Espero que a morte chegue tranquilamente* (P 7); sem preocupação e medos: *O meu futuro agora já é tão pequeno que procuro não estar muito preocupado com ele. Estou tranquilo, em Paz. Nós temos um destino marcado e há de chegar a hora e o dia para nós embarcarmos. Sei que isso é certo só que no dia incerto e hora incerta. Faz parte da vida do ser humano* (P 24).

A sua espiritualidade permite-lhes ainda **valorizar a vida**: *O mais importante para mim é o viver!* (P 1), apreciando tudo aquilo que a mesma lhes proporciona nomeadamente através da natureza: *Sinto-me ótima, sinto-me realizada. Gosto de viver, para mim tudo é beleza. No geral, em tudo vejo beleza. Não trocava a minha*

*vida por nada. (...) Sinto-me feliz com as flores quando começam a desabrochar, a maneira das pombas que vêm para o meu telhado comerem, o mar a saltar, tudo o que a gente vê e que sabe de onde vem, que vem de Deus (P 11).*

A **gratidão** emerge também na fala dos *Independentes* e dos *Resignados* expressa a Deus, relativamente à vida: *A primeira coisa que faço quando acordo é a minha oração a agradecer ao Senhor por me ter acordado (P 4); Penso, penso na morte, penso que estou perto, mas agradeço a Deus já ter vivido até esta idade [91 anos]. (P 20), à força que têm: Agradeço muito a Deus. Estou sempre a agradecer-lhe a força que tenho (P 1) e à autonomia que mantêm: Mas Graças a Deus ainda tenho autonomia para viver aqui sozinha e gerir as minhas coisas. Agradeço-lhe muito por isso (P 21).*

**Amar** surge ainda para os *Independentes* e *Resignados* como norteador do envelhecer sozinho, porque contribui para a busca e o encontro do sentido, manifesto maioritariamente no amor pelo cônjuge que já partiu ou pelos filhos.

*O que me agarra à vida é o Amor. É o Amor à vida. O Amor que tenho pelos meus filhos. O Amor que tinha pela minha mulher! (P 10).*

*Mas ela [a esposa que faleceu] continua comigo. Mesmo sem a presença física dela, o amor continua na mesma. Já tive outras mulheres mas prefiro estar sozinho que o meu coração já não é de mais ninguém (P 18).*

Ilustramos a seguir “A Espiritualidade” como condição influenciadora do processo de envelhecer sozinho depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 7).



Figura 7 - Ilustração da subcategoria “A Espiritualidade”.

### 3. ÂMBITO DAS ESTRATÉGIAS PARA SE MANTEREM A ENVELHECER SÓS DEPOIS DOS 80

Na procura de explicar as estratégias desenvolvidas pelos que envelhecem sós depois dos 80, emergiram da análise dos dados três subcategorias no âmbito das seguintes áreas: da saúde, das relações sociais e da espiritualidade, que por sua vez se nos apresentaram distintamente de acordo com as atitudes face à vida depois dos 80 anteriormente apontadas. Passamos assim à apresentação dos dados.

#### 3.1. Da saúde

Como vimos, a saúde é considerada por quem envelhece só depois dos 80, uma das ferramentas mais importantes para poderem continuar a viver nas suas casas de forma independente. Compreendemos também anteriormente, que o estado de saúde influencia esta condição, o que acaba deste modo por ter uma tradução diferente no que diz respeito às estratégias desenvolvidas no âmbito da saúde, nas diversas atitudes face à vida.

Percebemos assim que os *Amargurados* se revelam incapazes de equacionar estratégias neste âmbito, dada a condição de vulnerabilidade em que se encontram porque estão doentes, são pobres e estão sós no mundo: *Eu agora tenho que viver para aqui neste canto que a saúde não ajuda nada e eu já estou incapacitada de fazer alguma coisa por ela!* (P 6); *Aos anos que eu não vou ao Centro de Saúde. Eu agora já pouco posso fazer pela minha saúde* (P 13); adotando uma atitude de negligência face aos problemas de saúde que enfrentam: *Neste momento faço pouco, muito pouco para lidar com os meus problemas de saúde que não são poucos. Nem posso sair de casa para ir ao médico! É deixar-me ir!* (P 9) e ainda no que se refere à **vigilância de saúde**: *Eu agora não faço nada, deixo-me para aí estar. A minha saúde já não tem conserto. Já não consigo fazer nada!* (P 6).

Por outro lado, os *Independentes* e os *Resignados* desenvolvem estratégias para se manterem saudáveis pelo maior tempo possível.

*Claro que estes cuidados me dão esta qualidade de vida pelo menos em termos de saúde, para ver se me mantenho bem para continuar a viver sozinha como vivo* (P 14).

*O mais importante de tudo é eu manter a minha saúde para poder continuar assim a viver sozinha. Esse é hoje o meu grande objetivo manter-me autónoma (P 17).*

De realçar também que os *Resignados* o fazem movidos pelo desejo de assim não sobrecarregarem os filhos com os seus problemas de saúde, uma vez que como já foi dito, percecionam insuficiente o tempo que estes disponibilizam para cuidar deles: *Eu já tenho muitos problemas de saúde mas faço tudo para não se agravar e não dar trabalho aos meus filhos que eles têm as vidas deles e não têm grande tempo para ocupar comigo (P 27).*

É também fundamental para quem envelhece só depois dos 80, a **manutenção da função intelectual**: *Em primeiro lugar procuro distrair-me e ter com que me ocupar para manter o meu cérebro ativo e não perder a memória. Isso é fundamental (P 24).* Procuram para isso manter-se participativos e ocupados, frequentando cursos em diversas áreas em Universidades Sénior: *Ando na Universidade Sénior (...) ocupa, só 3 horas (...) para exercitar o cérebro (P 3),* vendo programas televisivos sobre história ou o telejornal para estarem informados e atualizados: *Ligo a televisão e vejo quais são os programas que vão dar de história, que é o que me interessa. Depois também dão umas séries de policiais inglesas de que também gosto, assento tudo para ver o que me interessa e me exercita o cérebro (P 5),* leem: *Quando chego a casa leio todos os dias o jornal (...) para exercitar o cérebro (P 24),* relembram acontecimentos passados: *Tenho ainda o cérebro muito ativo. Às vezes quando estou mais esquecida, eu faço uma reciclagem e deito-me aqui no sofá e procuro lembrar-me das várias fases da minha vida, é um rebobinar e com esta ginástica mantenho o meu cérebro ativo (P 8)* e alguns falam-nos mesmo da sua atração e incursão recente pela tecnologia informática: *Adoro os computadores. (...) Noutro dia até perguntei ao meu médico se não estaria a usar de mais, mas ele disse-me que até 4 horas não me fazia mal nenhum, pelo contrário, põe-me o cérebro ativo. Eu adoro. De manhã, a seguir ao pequeno-almoço, vou logo ver as novidades (P 12).*

Percebemos no entanto que nem todos o podem fazer nomeadamente os *Amargurados*, dada a vulnerabilidade e precaridade com que sobrevivem: *A cabeça já não ajuda e nem que eu queira fazer alguma coisa para a pôr a funcionar como é que posso fazer? Não posso (P 6).*

Os *Independentes e os Resignados* que percebem ainda ter saúde, procuram mantê-la utilizando estratégias que espelham a opção por um **estilo de vida saudável**, revelando uma preocupação especial com a **alimentação**: *Mas procuro ter cuidado sobretudo com a alimentação. Procuro que seja variada mas tudo muito simples. Mais os cozidos e estufados, menos os fritos e assados e depois como muita fruta, sempre a sopa às duas refeições* (P 15), mas também com **prática de exercício físico**: *À hidroginástica nunca falto. O grande objetivo é mexer-me. Faz-me muito bem à saúde, faz-me manter ativa e ajuda muito na parte motora e articular. Eu não tenho problemas de ossos e quero manter-me assim. Já ando na hidroginástica há uns 10 anos e é para continuar* (P 12) e com a **higiene do sono**: *Para mim é muito importante o dormir bem, o descanso. É curioso que sempre dormi bem e o descanso vale muito para a saúde das pessoas. Por norma às 10 horas já estou deitado* (P 24).

Procuram também rapidamente a melhor solução, quando surge algum agravamento do seu estado, temendo a perda da independência que daí possa resultar: *Começo logo a atalhar [quando tem problemas de saúde] para as coisas não irem para a frente. Porque a saúde é o mais importante para mim. Eu tendo saúde, não preciso de ninguém* (P 16), mas também a sobrecarga que possa implicar para os filhos: *Por isso é que tenho muito cuidado com a minha saúde porque também não quero sobrecarregar as minhas filhas com os meus problemas* (P 25).

Percebemos também a sua preocupação particular em manter a funcionalidade no que se refere às AIVD no âmbito da sua higiene, alimentação e arranjo da casa, as quais procuram realizar de uma forma rotineira, o que lhes confere a possibilidade de interação consigo próprio e com o ambiente: *Faço as minhas limpezas [higiene pessoal], depois vou para a cozinha até em roupão, porque estou sozinha, estou à minha vontade. Depois faço o pequeno-almoço e depois vou para o meu quarto, faço a minha cama que ficou um bocado aberta a arejar e depois visto-me* (P 4).

Para manter a sua funcionalidade, recorrem a estratégias como por exemplo a prática de hidroginástica: *E tenho outra atividade que me faz muito bem para me manter funcional que é a hidroginástica, três manhãs por semana* (P 12), ou a simples caminhada: *Depois fiz um acordo comigo próprio de todos os dias ir à Rotunda da Boavista, pegar nos jornais gratuitos para mim e mais três pessoas. Já é quase uma hora e meia de caminhada para me manter funcional* (P 18).

Mesmo quando a condição física já está mais deteriorada com perdas funcionais mais evidentes, procuram não deixar de fazer as coisas, arranjando estratégias que possibilitem realizar as tarefas do dia-a-dia, sempre com o olhar no prolongar da independência.

*Procuro não deixar de fazer aquilo que sempre fiz. Há coisas pequeninas, por exemplo pendurar roupa que me custa um bocado, a empregada até pode fazê-lo mas eu penso: “não, não, vou fazê-lo”. Tento não abdicar, mesmo de conduzir, porque é uma independência. Tento manter o que sempre fiz, nem que seja mais devagar (P 5).*

*Agora é com um pano amarrado e limpo mal e porcamente. Mas se puder ainda fazer alguma coisa, lavar ainda lavo (P 13).*

*Já me sinto com muitas limitações principalmente das minhas pernas. Então faço tudo no meu vagar. Demoro mais tempo mas vou fazendo. Ainda cozinho tudo para mim, cuido da minha higiene (P 29).*

Para aqueles que vivem sem dificuldades financeiras mas com défices de funcionalidade, ter uma **empregada doméstica** com alguma regularidade, é uma ajuda preciosa para colmatar as dificuldades funcionais que nalguns casos interferem já bastante na execução das AIVD, como cuidar da casa, ir às compras, preparar as refeições, conduzir etc.

*Para já ainda vou conseguindo fazer algumas coisas mas claro com ajuda duma empregada. Neste momento tenho uma empregada em casa da parte de tarde, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>o</sup> feira que me prepara o almoço e cuida da casa. Não tenho que me preocupar com limpezas. E como ela tem carta, também me faz as compras (P 24).*

*Agora, como deixei de conduzir, é a minha empregada que me leva e vai buscar à Universidade (P 24).*

Esta estratégia é também utilizada por alguns daqueles que têm menos recursos financeiros mas nestes casos por menos tempo, dispondo apenas do seu trabalho cerca de duas vezes por mês. Aproveitam essencialmente para que os ajude, fazendo os trabalhos mais pesados que dificilmente conseguem desempenhar ou ainda na preparação de refeições que possam depois ser apenas aquecidas: *Tenho uma empregada que vem de 15 em 15 dias mas que é muito despachada. Faz-me a limpeza e passa a ferro. Mas já vem há muitos anos. Trabalhava na minha irmã, trabalha na minha filha e cá vem. O resto faço eu. As coisas pesadas ficam para ela. Aspirar já me custa muito (P 20).*

O desafio financeiro também permite aos que têm dificuldades em cozinhar, **contratar refeições** a empresas takeaway ou então a Instituições Particulares de Solidariedade Social sem fins lucrativos tais como o Centro Social do Exército de Salvação.

*Contratei as refeições a uma empresa de entrega de refeições ao domicílio que me trás o almoço por 5 € e isso é que é uma delícia, tudo muito caseiro. Trazem-me a refeição completa por 5 €, com a sopa, o prato e a sobremesa que é sempre um docinho e é mesmo bom! (P 3).*

*Com a ajuda das meninas do Exército de Salvação que me trazem todos os dias o almoço. Assim tenho as refeições resolvidas por 120 € por mês. Depois é só o pequeno-almoço (P 28).*

Também no âmbito da manutenção da saúde, procuram ser cumpridores com a toma da medicação: *Sou muito cuidadosa com a medicação para manter a minha saúde. Tomo para a tensão, outro para a cabeça, um multivitamínico um antidepressivo (...). E quando tenho alguma dor, tomo um Ben-u-ron para as dores e passam-me (P 3), com o controlo de alguns sintomas como a dor: A única coisa que tenho é agora uma dor que me vem aqui de cima (da anca) até ao pé mas eu (...) ponho a perna às vezes ao comprido, tomo um Ben-u-ron e assim lá vai passando (P 1) e ainda com o controlo de doenças crónicas como a diabetes: Tenho diabetes há mais de 30 anos mas estão controlados, 130, 100, 80. Nunca passa daí. Tomo os comprimidos todos os dias (P 22).*

Como vimos anteriormente, uma das grandes preocupações é o agravamento do estado de saúde, nomeadamente resultante de alguma queda que possa comprometer a mobilidade. Aqueles que percecionam poder ter um papel determinante neste âmbito, adotam então **medidas de segurança**, principalmente para as evitar, utilizando ajudas técnicas: *Tenho que ter os meus cuidados para evitar as quedas. Agora estou a tentar adaptar-me a esta bengala que o meu filho me arranjou. Vamos lá ver! (P 24), ou recorrendo a estratégias que minimizam o seu risco, como por exemplo evitando o uso de transportes públicos: Desde que fiz as próteses [da anca], nunca mais andei de transportes públicos. Tenho medo de cair (P 3), ou utilizando apenas áreas da casa que não são problemáticas como as escadas: Sabe que eu fiz uma grande transformação na minha casa, porque ela tem rés-do-chão e 1º andar mas eu da garagem que tinha fiz uma suite e assim não preciso de subir as escadas para o quarto. Assim faço a minha vida toda no rés-do-chão. Só subo lá acima para ver se*



*está tudo bem mas sempre acompanhado porque as escadas são em madeira e há sempre o risco de queda (P 24).*

Ainda no âmbito das quedas, alguns utilizam o serviço de **teleassistência** disponibilizado pelos filhos, Juntas de Freguesia e Equipas de Proximidade da PSP, mas curiosamente nenhum dos *Amargurados* dispõe dele. No entanto, como vivem sozinhos, aqueles que têm acesso a este recurso sentem-se mais seguros e tranquilos de um modo particular relativamente às quedas, pela possibilidade que dá de comunicar alguma situação de emergência que possa ocorrer.

*Agora tenho a teleassistência e sinto-me mais seguro com isto. Se precisar de alguma coisa, se me sentir mal ou cair, ligo logo para eles e eles procuram resolver. Tenho o número de telefone deles na cabeça e também se for preciso é só carregar no botão e fico logo a falar com alguém para por os problemas que possa ter (P 18).*

*Também tenho um telefone que quem mo arranjou foi a agente X da PSP, que me trouxe cá uma assistente social e então se for preciso alguma coisa, eu telefono e eles tentam resolver. Para já ainda não precisei, mas tenho-o sempre ligado e por perto. E também já me têm ligado para saber se está tudo bem (P 23).*

*Eu tenho um telefone que se eu precisar de alguma ajuda, chama o 112. Foram os meus filhos que mo arranjam para aí há dois anos mas ainda nunca utilizei. Mas é sempre uma segurança (P 24).*

Percebemos no entanto que nem sempre utilizam este equipamento adequadamente pelo facto de por vezes o deixarem esquecido, o que impossibilita o seu acionamento em caso de necessidade: *Eu tenho um telemóvel que a minha filha me arranjou e que é só tocar neste botão para pedir ajuda, agora eu não ando sempre com ele atrás de mim (P 14).*

No que se refere à **vigilância de saúde**, a maioria dos participantes do estudo que o podem fazer, vai à consulta ao seu médico de família de três em três meses: *Vou ao Centro de Saúde de 3 em 3 meses para controlar (P 4)*, apesar de alguns terem também seguros de saúde que lhes permitem o acesso a hospitais privados ou a um médico particular: *Não, não vou [ao Centro de Saúde]. Como tenho um bom seguro já do tempo em que trabalhava, vou à clínica para vigiar a minha saúde com regularidade. E mesmo as minhas operações foram todas pelo seguro em hospitais privados e também a fisioterapia (P 3).* Percebemos ainda que aqueles que se mantêm saudáveis, não surgindo qualquer intercorrência que justifique a sua ida antecipada,

fazem esta vigilância apenas uma vez por ano: *Vou uma vez por ano [ao médico] se não tiver nenhum problema* (P 8).

Os *Resignados* falam-nos da preocupação em fazer tudo o que está ao seu alcance para ir mantendo a saúde, porque sabem que os filhos têm vidas que não lhes permitem ajudar numa condição de maior dependência: *Eu já tenho muitos problemas de saúde mas faço tudo para não se agravar e não dar trabalho aos meus filhos que eles têm as vidas deles e não têm grande tempo para ocupar comigo, por isso é que vou ao centro de saúde* (P 27).

Os *Amargurados*, incapazes de sair de casa, falam-nos do papel importante do médico de família que se desloca ao seu domicílio para assim assegurar a vigilância de saúde: *Mas agora nem tenho ido ao Centro de Saúde que a saúde não me deixa e vem cá a casa o meu médico de família, medir-me as tensões, fazer a análise dos diabetes* (P 6).

A vigilância de saúde recai particularmente na realização de análises gerais: *Vou ao meu médico de família (...) para as consultas de rotina e ele também me manda fazer análises gerais uma vez por ano* (P 29), controlo da tensão arterial e da diabetes: *vou ao Centro de Saúde, à médica de família, principalmente para controlar a tensão e a diabetes* (P 27), mas por vezes vão também à consulta para pedirem as receitas para a medicação que tomam: *Ao meu médico de família vou (...) mas às vezes é mais por causa das receitas para os medicamentos* (P 25).

Compreendemos também que a dimensão financeira está particularmente associada à manutenção da saúde pelo leque de estratégias que subsidia. A **gestão financeira** é por isso importante de um modo particular para aqueles que têm uma reforma pequena.

*Às vezes penso que a minha reforma é pequena e tenho que a fazer esticar para estas coisas todas. São muitas despesas* (P 17).

*Mas tenho que ter muita cabecinha para o dinheiro ir chegando. Ando sempre a fazer contas!* (P 22).

Esta gestão da reforma tem como o objetivo dar prioridade aos gastos com medicamentos, que consideram fundamentais para controlar o seu estado de saúde.

*O dinheirito não é muito! Como vê vivo aqui numa ilha e a minha casa é muito modesta, mas vai chegando para os medicamentos. Mas tenho que viver modestamente (P 7).*

*Apesar do dinheiro ser pouco. Vivo aqui a fazer muitas contas para o dinheiro ir chegando para o mais importante que são os medicamentos (P 22).*

Acontece que os *Amargurados*, dada a pobreza em que vivem, nem sempre conseguem gerir a sua pequena reforma, de modo a que a medicação para aquele mês seja assegurada: *Não dá para poupar nada e eu já nem sei lidar com o dinheiro. Vai-se tudo e muitas vezes nem para a medicação chega! (P 6).*

Percebemos também que as pessoas idosas com saúde acabam por ter menos preocupações com esta gestão, mesmo quando o dinheiro é pouco: *“O dinheiro também é pouco, por isso tenho que fazer muitas contas. Mas como não tenho tido muitos custos com a saúde, lá vai chegando (P 29).*

Preocupam-se em poupar para qualquer eventualidade que possa surgir no futuro, falando-nos de algumas estratégias de poupança que adotam.

*Eu tenho estado a prevenir, sou muito poupado. Consigo poupar muito nas refeições e faço coisas que adoro e não gasto 1 €. Eu faço uma farinha de pau de atum em cinco minutos que fica uma maravilha! (P 18).*

*Não uso muito o forno para não gastar tanta energia que o dinheiro não é muito (P 27).*

Isabel fala-nos também da preocupação que tem em gerir o pouco dinheiro da sua reforma para não ter que sobrecarregar os filhos com despesas, na eventualidade de alguma doença no futuro.

*Tenho uma reforma muito baixa pelo meu marido que eu nunca trabalhei. Tenho que fazer muito bem as contas porque senão o dinheiro não chega. Todos os meses faço um registo dos gastos que tenho e procuro não ultrapassar um determinado valor. Tenho muito medo de um dia ter alguma coisa grave e não ter dinheiro que chegue até ao fim e também não quero sobrecarregar os meus filhos. Então faço muita ginástica com o dinheiro todos os meses (P 25).*

Ilustramos a seguir “As Estratégias no âmbito da Saúde” para se manterem a envelhecer sozinhos depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 8).

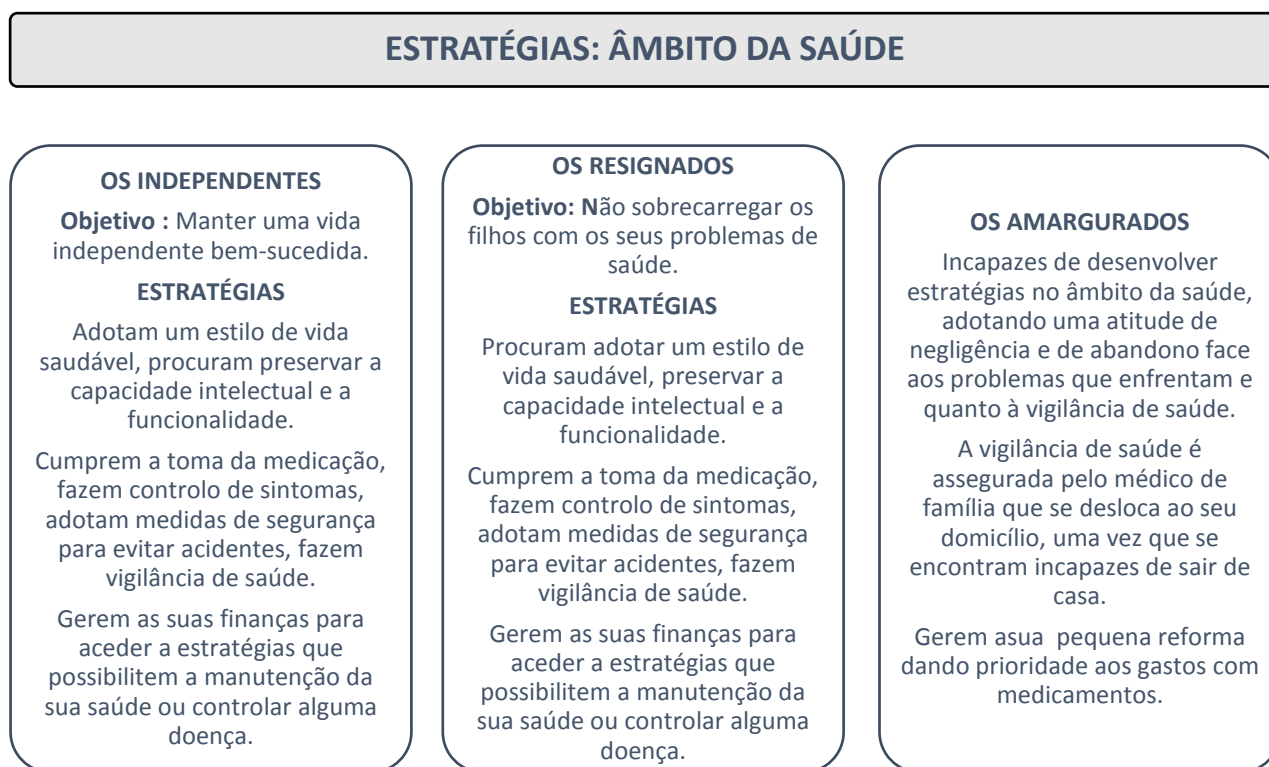


Figura 8 – Ilustração da subcategoria “Estratégias no âmbito da saúde”.

### 3.2. Das relações sociais

Como vimos, o suporte familiar influencia o processo de envelhecer só depois dos 80, reforçando o sentido de pertença e protegendo do isolamento social e da solidão, emergindo dos dados a importância das relações sociais como estratégia neste âmbito.

De acordo com o Dicionário de Sociologia, a relação social consiste na interação entre sujeitos tendo por base a comunicação (Willems, 1981). São também definidas como interações frequentes, com uma durabilidade no tempo e com um certo padrão, não se resumindo ao somatório das interações, mas sim, ao sistema diferenciado que modifica os envolvidos, podendo abranger sentimentos positivos e negativos, percepção de si e do outro, diferentes graus de envolvimento afetivo e intermináveis intercâmbios (Erbolato, 2006).

A propósito das relações sociais, Hernandis (2005) diz-nos que a família é a fonte de ajuda e de apoio mais importante, sobretudo para os idosos mais dependentes mas refere também que a família e os amigos são considerados relações primárias que se caracterizam por serem relações emocionais, íntimas e também duradouras, constituindo a família, amigos e vizinhos, elementos importantes no cuidado das pessoas idosas (Hernandis, 2005).

Acerca mais especificamente das relações de amizade, a revisão bibliográfica realizada por Almeida & Maia (2010), sobre amizade, idosos e qualidade de vida, revela que estas são uma temática ainda em construção, podendo no entanto dizer-se de uma forma geral, que os amigos, ao lado dos familiares são possivelmente as figuras mais importantes, na rede social dos idosos, apesar das mudanças nas relações provocadas pelo envelhecimento. É também considerado que a rede de amigos, ao contrário da familiar, é construída a partir de escolhas seletivas, com base na troca recíproca de experiências e sentimentos, tendo sido encontrados estudos acerca da interação dos idosos com a família e amigos, relacionando-os com saúde, qualidade de vida e bem-estar, o que é altamente positivo nesta faixa etária (Almeida & Maia, 2010).

O estudo acerca dos perfis de envelhecimento da população Portuguesa revela-nos ainda que as atividades que as pessoas desenvolvem e a natureza das redes pessoais e sociais que estabelecem contribuem também em grande medida para um melhor estado de saúde subjetivo, sendo mesmo um importante preditor de uma melhoria do mesmo, a dimensão da rede social em que cada indivíduo se move e a frequência das práticas, em particular se estas ocorrerem fora de casa (Cabral, et al., 2013).

Passamos assim à apresentação dos dados relativos às estratégias desenvolvidas por quem vive só depois dos 80, no âmbito das relações sociais.

Como vimos anteriormente, os *Amargurados* estão sós no mundo, acontecendo ainda por vezes o próprio votar-se ao isolamento social relacionado com a tristeza ou com a falta de afinidades que entretanto se instalaram com os que lhe são próximos, vivendo deste modo despojados de estratégias que os mantenham em relação com os outros e tornando-se por isso ainda mais vulneráveis: *Nem que eu quisesse estar mais com as pessoas como é que eu posso, se não saio de casa? Só se me visitassem mas não tenho quem me visite!* (P 13).

Os *Resignados* como vimos anteriormente consideram o suporte familiar que têm alguém do que necessitam para poderem manter-se sozinhos nas suas casas e tudo fazem para manter as relações com os que lhes são próximos, para deste modo poderem receber um pouco mais de suporte: (...) *por exemplo, os meus netos quando me chamam, porque um dos bisnetos adoeceu e não pode ir para a escola, eu vou logo, digo logo que vou, com todo o gosto. Gosto de cultivar o mais possível as minhas relações com eles para quem sabe se lembrem mais de mim também.* (P 12).

Já os *Independentes* consideram o suporte familiar que têm um grande contributo para a manutenção da sua vida independente, desenvolvendo assim estratégias que façam perdurar e manter as relações sociais, que assumem deste modo uma grande importância para a manutenção do seu bem-estar, evitando o isolamento social: *Uma coisa que eu acho muito importante, é não nos fecharmos, não nos isolarmos. Claro que às vezes o que me apetece é estar em casa, porque a idade não perdoa e há mais cansaço, às vezes vêm as dores mas estou sempre a contrariar. De manhã acordo e procuro pensar no que vou fazer e com quem vou estar* (P 25).

Sendo assim, os *Independentes* e os *Resignados* procuram manter interações frequentes e mesmo com um certo padrão, tanto com a família como com os amigos e vizinhos: *Ao domingo depois da missa, vou direita para as minhas filhas* (P 4). Tomam a iniciativa de visitar ou então telefonar para a família: *Sim, todos os dias falo com alguém da família. Olhe com a minha filha que está em Moçambique, mãe destes meus 3 netos, falo quase todos os dias. Também com o meu neto que está em Lisboa* (P 5), mas também gostam de ser desafiados pelos seus familiares para algum programa em conjunto: *Às vezes ligam-me para eu ir almoçar porque também estão os meus netos, mas é sempre em cima da hora e eu vou logo. Mal me chamam eu vou logo. Nunca digo que não* (P 12). Alguns também viajam para poder usufruir da companhia dos filhos ou netos: *Ainda agora vai haver uma atuação na Casa da Música [do Coro], mas eu não posso ir porque vou passar a Páscoa a França com as minhas duas netas que vivem lá. Vou lá passar dez dias. Há pouco também fui à Bélgica para estar também com um dos meus filhos* (P 17).

Quando não têm filhos, os *Independentes* procuram manter as relações familiares com os sobrinhos, nalguns casos de grande qualidade afetiva e muito significativas, partindo delas a iniciativa de continuar a juntar a família mais alargada: *Mas eu tenho muitos sobrinhos e então sobrinhos-netos! (...) Quando fiz 80 anos fiz*

*um almoço no Marco com porco no espeto e tudo e juntei também a família toda com missa e tudo. Foi uma alegria que tive muito grande (P 26).*

Em algumas situações de conflito familiar, os *Resignados* procuram apaziguar a mágoa, no sentido da manutenção da relação familiar: *Mas eu sacudo logo a mágoa pelo amor que tenho à minha filha e digo à minha filha para ela ponderar e ver as coisas boas. Ele é um bom marido, ele é amigo mas quer viver só com a família dele [genro], o núcleo e não aceita nem a mim nem a ninguém perto deles [filha e genro] (P 8).*

Nas relações com os **amigos e vizinhos** evidencia-se também a procura de interações frequentes e com um certo padrão e durabilidade: *À noite, quando venho da Igreja para não ir logo para a cama vou para a minha vizinha aqui ao lado para falar de nós, que nós não gostamos de falar dos outros (P 4),* que lhes trás sentimentos positivos e agradáveis: *Por isso é que eu digo, quando se está sozinha tem que se arranjar programa, para quando se tem companhia e para quando não se tem. Por exemplo, este almoço de domingo agora encurta as horas que passo sozinha porque estar aquelas 3 horas com aquelas pessoas [amigas] é muito bom (P 5).*

Quando não existe este padrão de previsibilidade de interação, os *Resignados*, com menos apoio da família, procuram sair de casa para assim encontrar pessoas com quem possam interagir. Vão até ao café ou confeitaria: *Se não tenho nada para fazer, por volta das quatro da tarde vou ali à confeitaria tomar um café, estar lá um bocado, encontrar pessoas amigas e estar ali um bocado à conversa. Faço isso todos os dias (P 21),* a lojas próximas de suas casas: *Agora sinto menos a falta de companhia e vou-lhe dizer porquê. Agora abriu ali um pomar da filha de uma vizinha (...) então ali eu encontro pessoas (...) e passo o tempo (P 27),* Igreja: *Mas mesmo sem companhia, já me lembrei de um dia pegar no autocarro cedo num domingo e depois nem que coma qualquer coisa lá pela Baixa e ir à minha Igreja. Estou com muita vontade de fazer isso (P 27)* e Fátima fala-nos mesmo das suas saídas nem que seja para a rua, para assim interagir com as pessoas com quem se cruza: *Mas neste contexto, como lhe digo, amizades muito poucas. Tenho 3 ou 4 amigas de verdade mas gosto das pessoas. Porque eu sou uma mulher já a envelhecer e o meu coração está sempre com os outros. Tenho muito isso, por isso é que vou para a rua para falar com as pessoas (P 8).*

Encontramos também que particularmente os *Independentes* procuram integrar-se em grupos diversificados onde desenvolvem atividades com interesse para eles e de que gostam ao mesmo tempo que possibilitam o convívio com outras pessoas, combatendo o isolamento. Participam assim em algumas atividades organizadas pela Igreja que contribuem para o seu bem-estar e satisfação com a vida, nomeadamente excursões a locais de culto: *Procuro manter-me ligada às pessoas, nem que seja através de coisas organizadas pela Igreja. Ainda há quinze dias fui com a Paróquia a Santa Tecla (...). O ano passado fomos a Santiago de Compostela (...). Deste domingo a oito vou a Fátima mas com os Padres Redentoristas daqui do Porto (...). Já faço isto há quatro anos* (P 21) ou ainda em coros: *Também ando no coro da igreja. Tenho ensaios todas as quintas-feiras à noite. Faz-me muito bem. Estou com pessoas, somos um grupo muito unido e eu adoro cantar. Depois às vezes combinamos um almoço ou jantar em casa de um deles. É muito bom!* (P 25). Pertencem também a alguns Movimentos como o Noelista: *E também faço parte das “Noelistas” e portanto umas duas vezes por mês temos encontros. Agora estamos a preparar uma venda por exemplo* (P 15), as Conferências de São Vicente Paulo: *Tenho às quintas-feiras as reuniões dos cursistas, que nunca chego antes da meia-noite e as conferências de São Vicente Paulo* (P 1), fazem atendimento diário na Capela: *Vou para a minha vida, para a Igreja. Vou à segunda, terça e quintas das nove e meia ao meio dia. Recebo telefonemas, marco missas, chamo os senhores padres para as confissões* (P 4), frequentam cursos: *Ainda tenho a escola de oração que é de 15 em 15 dias, às sextas-feiras com o senhor padre e estamos muitas senhoras* (P 4), organizam eventos: *Há uns dias especiais, como por exemplo em outubro fazemos lá na comunidade [Igreja Evangélica] um jantar de homens onde gosto de participar Temos lá uma cozinha e pediram-me para ser eu a fazer o caldo verde e fiz e estava bom. Até me bateram palmas e tudo* (P 10) e Aninhas é ministra da comunhão: *Também sou ministra da comunhão há uns 20 anos. Dou a comunhão na missa todos os domingos e também dou a pessoas doentes. Neste momento só tenho uma mas já tive três ou quatro doentes* (P 26).

Ainda para combater o isolamento e se manterem ativos socialmente, inscrevem-se em Ginásios: *Depois meti-me no ginásio e arranjei muitas amigas. Começamos a combinar coisas, passeios de barco, almoços, eu sei lá* (P 17), Universidades Sénior: *Vivo quase na Universidade Sénior que frequento. Para mim é*



*uma família. Já lá ando há 7 anos (...). Foi uma pessoa amiga que me falou e nunca mais deixei (P 24) e mesmo Centros de Dia que frequentam diariamente, criando laços afetivos de tal forma intensos que nalguns casos consideram ser como uma família: Todas as tardes eu vou para lá [Centro de Dia]. Sinto-me lá muito bem e sei que todos os dias vou estar com aquelas pessoas. Quebra aquela solidão de que muitas pessoas idosas se queixam. Para mim é muito bom! (P 29).*

Frequentar estes espaços dá também abertura a que se ocupem com aquilo que os distrai e de que gostam, frequentando aulas na Universidade Sénior: *Agora frequento umas aulas sobre a História do Porto com o Helder Pacheco (P 15), praticando atividade física no ginásio: Então levanto-me cedo, lá para as oito, preparo-me e venho logo para o ginásio de manhã, todos os dias. É a minha vitamina. Faz-me bem em todos os sentidos. (...) Faço Yoga, Pilatos, Zumba, Passadeira, Hidroginástica e no final vou para o meu Spa que agora é de Inverno (P 17), cantando e ensaiando nos coros, nalguns casos tendo mesmo atuações: O coro [os ensaios] quase 2 horas. Mas temos muitas atuações mas para isto tem que se ter muito trabalho claro está. Vamos para muito lado, para Viseu, para a Guarda. Damos muitos passeios (P 17), indo ao Teatro: Depois há muita gente que eu conheço e fazemos visitas. Vamos ao Museu e a algumas festas que lá há. Até ao Teatro Ribeiro da Conceição, já assistimos a peças muito engraçadas e distraio-me com coisas de que gosto (P 20).*

Ilustramos a seguir “As Estratégias no âmbito das relações sociais” para se manterem a envelhecer sozinhos depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 9).

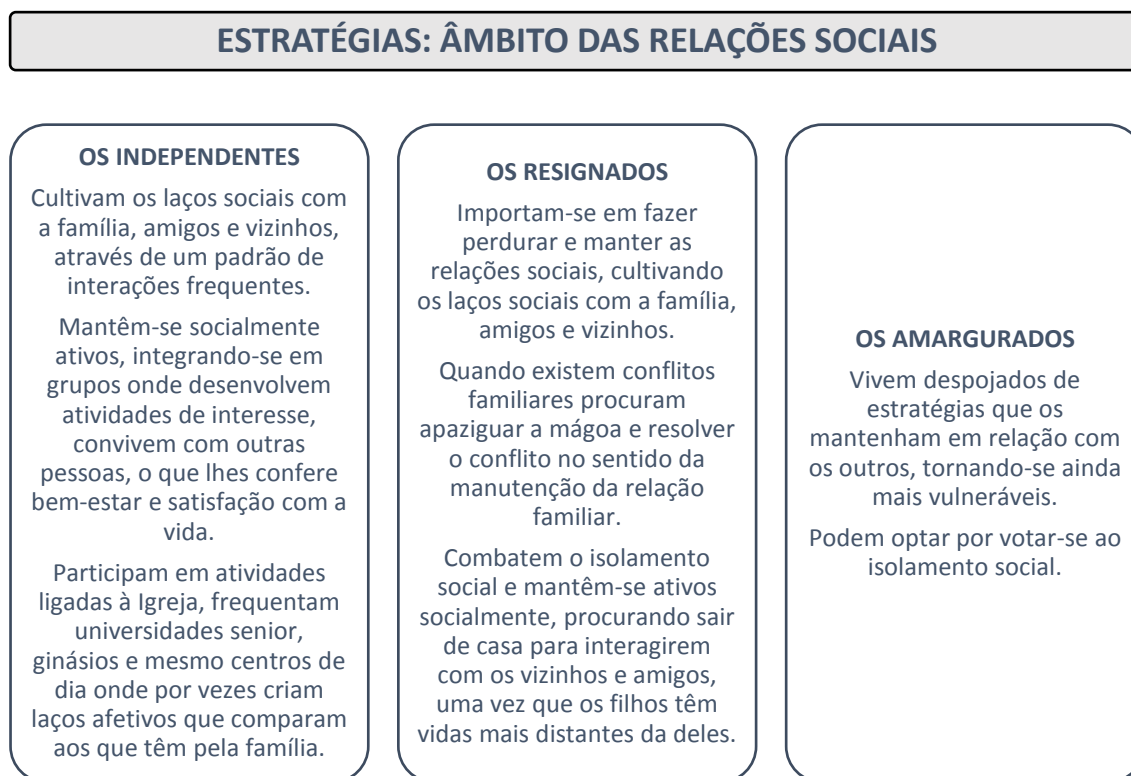


Figura 9 - Ilustração da subcategoria “Estratégias: âmbito das relações sociais”.

### 3.3. Da espiritualidade: a procura da transcendência

Da análise dos dados, emerge de uma forma evidente no âmbito da espiritualidade, a **procura da transcendência** nos *Independentes* e *Resignados*, pela possibilidade de encontro de um propósito e ações significativas como ajudar os outros e pela confirmação das relações com Deus através da oração e da participação em cerimónias religiosas, ajudando os *Independentes* a sentirem-se realizados mesmo vivendo sós e os *Resignados* a conformarem-se em viver sós.

Sendo assim percebemos que **ajudar os outros** é para alguns dos *Independentes* e *Resignados*, intrínseco à sua natureza: *Acho que é o meu coração, que comanda tudo, porque o meu coração reflete os meus pensamentos. Primeiro foi a educação que tive da minha mãe, o respeito e fazer o bem. Eu obedeco ao meu coração. Ele dita-me as coisas. Ele é que fala e que diz o bem que hei de fazer e dá tudo certo e quando tenho um palpite, sai certo. Fui sempre assim desde criança.*

*Naquilo que eu puder ajudar os outros estou sempre pronta (P 8) e que os faz sentirem-se úteis: Os meus netos quando me chamam, porque um dos bisnetos adoeceu e não pode ir para a escola, vou logo (...). Vou a correr, porque é um dia bem passado. Só tenho medo que me chamem, dois no mesmo dia. Gosto de me sentir útil (P 12). Ajudo particularmente os filhos e netos com as refeições: Todas as terças-feiras faço um almoço aqui em casa com as minhas filhas e os meus netos e sempre que a minha filha precisa faço alguma refeição rápida para todos e também a ajudo com a roupa. Passo-lhe a roupa uma vez por semana. Sinto-me útil a poder ajudá-la (P 25), financeiramente: Não faço mal a ninguém. Sempre procurei fazer o bem. Ainda agora procuro ajudar o mais possível os meus filhos que têm alguns problemas financeiros (P 14) e ainda fazendo companhia a familiares com problemas de saúde: Tenho uma irmã num lar com uma demência e para mim é muito importante ir visitá-la. Vamos lá, quase todos os dias. (...). Ela fez muito por mim e pelos meus filhos quando o meu marido estava doente e isso eu não esqueço. (...) enquanto puder pelo menos procuro fazer-lhe a maior companhia possível. É a minha forma de lhe ser útil! (P 25).*

Mas para João, a ajuda que deu a quem já partiu, evidenciase na sensação de dever cumprido: *Não faço mal a ninguém, só tenho feito bem, mesmo às minhas duas mulheres que já partiram, cuidei do que era preciso. Fiz tudo por elas. É por isso que eu digo que são os melhores dias da minha vida (P 16).*

Os *Independentes* denotam uma atitude de maior abertura à relação com os outros que vai para além da família, olhando para os da sua idade em situação de maior vulnerabilidade, como pessoas que necessitam de alguém que as ouça e fazem assim voluntariado junto delas para assim estarem mais próximos e poderem de algum modo ajudá-las com a sua presença.

*Vou todas as semanas fazer um pequeno voluntariado num centro de dia aqui próximo, para estar com pessoas da minha idade e principalmente ouvi-las. (...) gosto de sentir que ainda sou útil (P 15).*

*O que eu procuro é tentar ser útil para alguma coisa. Sou voluntária no Hospital de Santo António, duas manhãs por semana, visito pessoas doentes e sozinhas (...) Os pessoas idosas estão no fim da vida e as crianças estão a começar a vida. No fundo estão mais próximos de morrer e realmente tenho queda para falar com eles, ouvi-los e muitas vezes estou no hospital, na urgência que é onde estou agora e encontro muitas pessoas idosas que precisam mesmo de falar e que não têm quem os ouça e agradecem-me por os ouvir (P 26).*

Ajudar os outros é algo que está vetado aos *Amargurados* já que não têm condições funcionais e de saúde para o fazer: *Nem ajudar posso! A minha vida agora é ver um dia atrás do outro, sem grande sentido!* (P 6). É então na oração que encontram a possibilidade de transcendência e através da qual entregam as suas vidas a Deus, nomeadamente a sua morte: *Também rezo a Deus para que ao menos me dê uma boa morte!* P 6) e pedem para que os acompanhe a lidar com a situação de fragilidade em que se encontram: *Então sento-me a rezar e a pedir a Deus que esteja sempre ao meu lado neste meu final tão triste* (P 13). Grande parte deles reza pela manhã e à noite e alguns também durante o dia, sentindo-se menos sós quando o fazem por sentirem a companhia de Deus na oração: *Para mim rezar é muito importante. Rezo todas as manhãs e todas as noites. (...) Às vezes vivo assim muito só e a oração ajuda-me* (P 13).

A oração associada à fé e crença em Deus surge como um meio de diálogo com Deus muito presente também na vida dos *Independentes* e dos *Resignados*. Pedem a força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam, nomeadamente para evitar acidentes: *Olhe peço ao Senhor que me continue a dar sempre aquilo que eu tenho tido, e as dificuldades, vou pedindo ao Senhor, vou rezando até para não cair e que a Nossa Senhora do Rosário de Fátima que ande sempre comigo que é para ver se eu me seguro* (P 1); mas também saúde: *Tenho aquela devoção. Julgo que fico mais protegido. Parece que peço e que cada vez tenho mais saúde para poder andar!* (P 16); proteção para a família e amigos: *Rezo muito. Rezo pelo meu marido, rezo pelos meus filhos, pelos meus netos, pelas pessoas amigas, rezo por toda a gente* (P25); paz espiritual: *Sabe que eu fui educada a pensar que Deus nos castiga pelo mal que fazermos e às vezes fico muito angustiada porque penso que Ele não me vai perdoar por certas coisas. (...). Então a oração traz-me alguma Paz* (P 25) e para não terem medo da morte nem do sofrimento: *Peço todos os dias a Deus para não ter medo da morte. Mas a gente tem sempre um bocadinho. Peço para não ter medo de ir para debaixo da terra* (P 20). Através da oração confiam e entregam ainda a Deus a sua vida: *(...) eu quando falo com Deus, é com esse Deus Natureza e falo mesmo com ele e digo-lhe: “Oh Deus Natureza, eu não te vejo, Cristo existiu mas eu a Ti nunca te vi, mas confio em Ti. Tu és tudo o que nos envolve* (P 8) e a daqueles que lhes são próximos: *Rezo todos os dias. Logo de manhã faço uma pequena oração para Deus me proteger durante o dia, depois rezo o terço, faço as minhas orações. Só para*

*rezar pela família que já partiu e por pessoas conhecidas, imagine o tempo que ocupo. Já quase só estou cá eu. Os meus irmãos já partiram todos (P 21).*

*Independentes e Resignados* consideram ainda como algo importante na sua vivência espiritual, **participar em cerimónias religiosas**: *Geralmente vou lá [à comunidade religiosa a que pertence] só ao domingo às cerimónias que me faz bem (P 10). A religião para mim é das coisas mais importantes na minha vida. Procuro ir à missa quase todos os dias. Senão vou de manhã, vou de tarde (P 25).* Já os *Amargurados* não o podem fazer pela condição de vulnerabilidade em que se encontram.

Ilustramos a seguir “As Estratégias no âmbito da espiritualidade” para se manterem a envelhecer sozinhos depois dos 80, de acordo com as diferentes atitudes face à vida de quem se encontra neste contexto (Figura 10).

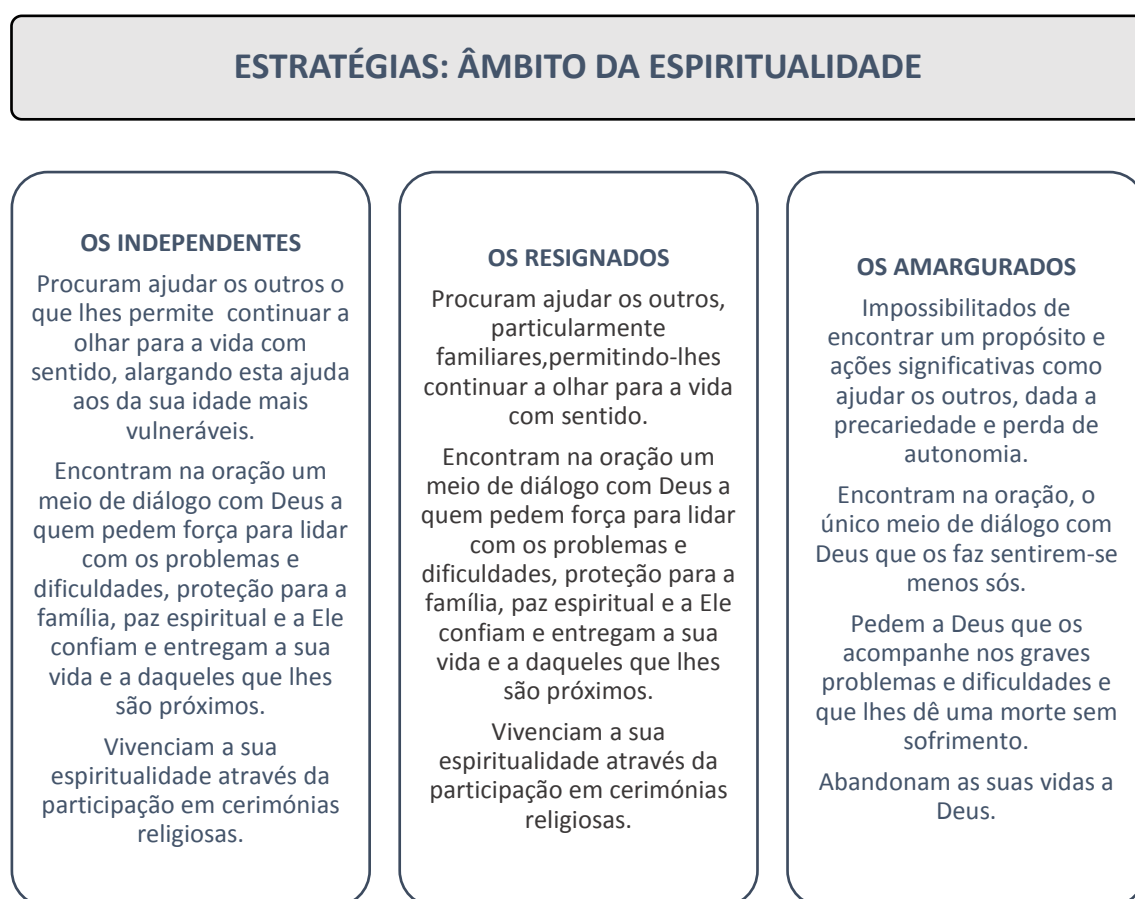


Figura 10 - Ilustração da subcategoria “Estratégias: âmbito da espiritualidade”.



## **CAPÍTULO IV – A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Depois de apresentados os resultados da análise comparativa constante, propomo-nos passar à sua discussão de modo a explicar o processo de viver sozinho depois dos 80, envelhecendo, guiados pela nossa questão inicial: Como é que as pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos concretizam o seu projeto de saúde?

A análise que efetuamos levou-nos a compreender que o processo de viver sozinho depois dos 80 envelhecendo, é modulado por condições contextuais deste “arranjo familiar” e por condições influenciadoras que serão determinantes das estratégias adotadas, conducentes à manutenção da sua saúde e qualidade de vida pelo maior tempo possível, permitindo manterem-se a viver sós nas suas casas, emergindo da análise indutiva dos dados três atitudes diferentes face à vida depois dos 80, as quais pretendemos discutir, tendo em consideração as possibilidades de perfil de saúde. Passamos assim à sua clarificação.

A vulnerabilidade incorpora dois aspetos que importa distinguir: um diz respeito ao foco individual, no qual os indivíduos são vistos dentro de um sistema de contexto e o outro que se refere a uma visão do que poderá ser chamado de “populações vulneráveis”. É um conceito geralmente associado a suscetibilidade e tem uma conotação específica em cuidados de saúde com “o risco de problemas de saúde”, considerando-se as populações vulneráveis aquelas que têm risco de deterioração da saúde física, psicológica ou social. No entanto, para pertencer a uma população vulnerável, não significa necessariamente que a pessoa seja vulnerável, acontecendo muitas vezes indivíduos que pertencem a esta população resistirem à ideia de que eles próprios são vulneráveis, preferindo focar-se nas suas forças e não nas fraquezas. São então consideradas populações vulneráveis, aquelas que apresentam um risco acima da média de desenvolver problemas de saúde em virtude de serem marginalizadas socioculturalmente, terem um acesso limitado a recursos económicos, ou pelas suas características como o género ou a idade (Chesnay, 2012).

Sendo assim, os idosos podem enquadrar-se como uma população vulnerável, pois enfrentam adversidades na sua idade avançada evidenciadas pela diminuição funcional, declínio da saúde, aumento do *stress*, condições de vida mais débeis e experienciando eventos negativos. Interessa aqui introduzir o conceito de **resiliência**, considerada a capacidade do indivíduo para recuperar ou lidar com sucesso apesar de circunstâncias adversas e que tem sido estudada em diversas populações vulneráveis, nomeadamente a dos idosos, sendo considerado funcionarem como atributos protetivos de maior resiliência nesta idade, a qualidade das relações, a integração na comunidade e o uso de diversos estilos de *coping* adaptativo. Exemplo disto são os idosos que têm suporte familiar, uma boa rede de amigos e relações de confiança com estes, os quais são mais resilientes que aqueles que não as têm. Também os idosos com doenças terminais demonstram enfrentar a morte com comportamentos resilientes, redefinindo o seu *self*, abraçando a religião ou espiritualidade nos tempos de maior incerteza, mantendo as relações sociais e preservando a sua independência à medida que se aproxima o fim (Chesnay, et al., 2012).

Consideramos assim que a população que estudamos: as pessoas que envelhecem sozinhas depois dos 80, apresenta um risco acima da média de deterioração da saúde física, psicológica ou social, pela idade avançada que têm, mas acreditamos que nem todos são necessariamente vulneráveis, pois alguns deles preferem focar-se nas suas forças e não nas suas fraquezas, sendo por isso resilientes, uma vez que lidam com sucesso com as circunstâncias adversas.

Procuraremos assim, ao longo desta discussão dos resultados, relacionar as diferentes atitudes face à vida que emergiram dos dados: os *Amargurados*, os *Resignados* e os *Independentes*, com estes perfis de saúde: os Vulneráveis e os Resilientes.

Começaremos no entanto por discutir a nossa compreensão relativa às condições contextuais deste “arranjo familiar”: viver só depois dos 80.



## 1. DAS CONDIÇÕES CONTEXTUAIS DO PROCESSO DE ENVELHECER SOZINHO DEPOIS DOS 80

A população que estudamos foram as pessoas com 80 ou mais anos de idade, a viverem sozinhas em suas casas, sabendo-se que inevitavelmente o número daqueles que vivem sós tende a aumentar à medida que a idade avança. “Viver sozinho” é um dos tipos de “arranjo familiar” (*living arrangement*) mais comuns em idades avançadas, com uma taxa de crescimento rápida em grupos de idade mais avançada (com 75 e mais anos), reflexo do aumento da longevidade que por sua vez conduz a uma viuvez ou perda de companheiro mais tardia, tendo vindo mesmo a acentuar-se a tendência de passar-se de uma vida familiar, para uma vida a dois e após a viuvez para uma vida a sós (Aboim, 2003; Cabral, et al., 2013; Moreira, 2008).

Os dados do General Household Survey de 2007 relativos ao Reino Unido, também revelam que cerca de metade (51%) das pessoas com 75 anos ou mais de idade vivem sozinhas, comparando com aquelas cujas idades se encontram compreendidas entre os 25-44 anos (11%), verificando-se maior esta tendência nos grupos dos mais idosos e nas mulheres, o que é ilustrado pelos dados seguintes: o grupo dos idosos que vivem sozinhos em 2007 são 20% de homens e 30% de mulheres com idades entre os 65-74 anos de idade, em comparação com 34 % de homens e 61% de mulheres com 75 anos ou mais de idade (Rolls, et al., 2010).

Pierini, et al. (2009) diz-nos ainda que nos Estados Unidos, mais de 10 milhões de americanos com mais de 65 anos vive sozinho na comunidade, referindo os Censos de 2005, que estimam que 57% dos idosos com 85 anos de idade e mais viverão sozinhos, esperando-se que em 2020, passem a ser 2,3 milhões (Pierini, et al., 2009).

No que diz respeito ao Brasil, Camargos (2011) considera que apesar da realidade das pessoas idosas que vivem sozinhas, não representar a maioria dos “arranjos familiares” desta população, que a Política Nacional do Idoso, desenhada para garantir direitos sociais desta população específica, deve acompanhar as mudanças no seu perfil de habitação e considerar que, ao longo dos anos, mais e mais idosos deverão viver sozinhos (Camargos, 2011).

Também o estudo acerca dos processos de envelhecimento em Portugal refere que o número de pessoas a viver sozinhas representa um quinto do universo inquirido

(20,1%), sendo o grupo etário dos 75 ou mais anos de idade o mais representativo (41%). (Cabral, et al., 2013).

O estudo mundial realizado pela ONU, acerca dos “Arranjos Familiares” (*Living Arrangements*) das Pessoas Idosas, que incluiu 130 países, utilizou cinco categorias base mutuamente exclusivas: 1) viver sozinho; 2) viver apenas com o cônjuge; 3) viver com uma criança (incluindo filhos adotados ou neto); 4) viver com outro parente (exceto cônjuge ou filho ou neto); 5) viver com pessoas não familiares para além do cônjuge. Deste estudo, apresentamos algumas das principais conclusões que terão interesse para a nossa investigação:

- Em cada sete pessoas idosas, uma vive sozinha (cerca de 90 milhões), sendo cerca de dois terços mulheres.
- Nos países desenvolvidos existe uma tendência mais consolidada de modalidade de vida independente (sozinho ou somente com o cônjuge).
- Nos países em desenvolvimento, a maioria dos idosos vive com os seus filhos, ao contrário dos países desenvolvidos, cujo “arranjo familiar” mais comum é morar separado dos filhos.
- Em diversos países desenvolvidos, a institucionalização é uma opção para os idosos com dificuldades na manutenção da independência ou que necessitam de cuidados médicos (United Nations, 2005).

Procuramos assim compreender os eventos que conduzem a população que estudamos (as pessoas com mais de 80 anos a viverem sozinhas nas suas casas) a encontrar-se só em idade tão avançada, reconhecendo que pelo menos a maior parte, viveu em família durante um grande período da sua vida, percebendo estar na origem de passar a viver só, a **desagregação da família** traduzida pela perda paulatina dos vários membros que a compuseram, confrontando assim com a possibilidade de passar a viver só. De facto, contrariamente aos mais jovens para quem a vida a sós é desejada e voluntária, nos mais velhos, ficar só pode não ser uma escolha, decorrendo de acontecimentos que não dependem do próprio, como a morte do cônjuge ou a partida dos filhos, o que não significa forçosamente que seja um situação indesejada, podendo ser vivida positivamente (Cabral, et al., 2013).

Gostaríamos ainda de salientar que a formação dos diversos “arranjos familiares” varia de acordo com as diversas regiões, países e características individuais (United Nations, 2005).

Na Tabela 14 procuramos sistematizar as situações anteriores ao evento e o evento que conduziu à formação da família unipessoal (pessoa idosa a morar sozinha).

Situação anterior	Evento que conduziu a morar sozinho
Casado sem filhos dependentes	Morte do cônjuge
Viúvo ou separado/divorciado em idade precoce com filhos dependentes	Saída do (s) filho (s) de casa
Viúvo com filho a morar na sua casa	Morte do filho; saída do filho de casa por incompatibilização
Casado sem filhos	Morte do cônjuge
Solteiro a viver com os pais	Morte dos pais
Solteiro a viver com um familiar	Morte do familiar

Fonte: Adaptado de Camargos, et al. (2008: 219)

Tabela 14 - Eventos que conduzem à formação de domicílios unipessoais.

A situação mais comum encontrada foi a da **pessoa idosa casada**, sem filhos dependentes, com casamentos longos de muitas décadas, cujo falecimento do cônjuge e a viuvez conduz a morar sozinha, o que vai de encontro às conclusões de Moreira (2008) que nos diz que o aumento significativo das famílias unipessoais nos grupos etários dos 65 e mais anos de idade está também associado ao aumento da esperança de vida que por sua vez conduz a uma viuvez ou perda de companheiro, mais tardia (Moreira, 2008). O estudo acerca dos processos de envelhecimento em Portugal conclui também que a viuvez constitui o principal catalisador da transição para a vida a sós, particularmente no caso das famílias formadas exclusivamente pelo casal, sendo mais de metade das pessoas que vivem sós viúvas (56,8%) (Cabral, et al., 2013). Os nossos resultados apontam ainda para um menor número de pessoas idosas que perderam o cônjuge em idade mais precoce e portanto com uma melhor condição de saúde.

Encontramos também algumas situações de viuvez ou de separação/divórcio do cônjuge, tão precoce, ainda em idade adulta, que o casal tinha a viver consigo os filhos, passando neste caso a morar sozinho somente aquando da sua saída para casar e formar família, a qual aconteceu com a pessoa ainda com idade inferior aos 65 anos de idade.

Poucos são aqueles que depois de ficarem **viúvos, continuam a ter um dos filhos a viver consigo**, sendo nestes casos as razões as seguintes: o filho ser solteiro e sempre ter vivido com os pais ou o filho que vive alguma situação problemática contar ainda com a ajuda dos pais. Nestas situações, encontramos diversos eventos que conduziram a pessoa idosa a morar só definitivamente, nomeadamente o falecimento do filho, ou então uma situação de conflito familiar com o filho em situação problemática que conduz à sua saída, ou à saída da pessoa idosa de sua casa. Identificamos ainda um pequeno grupo de **casados que nunca tiveram filhos** e que passaram a viver sozinhos a partir do falecimento do cônjuge, constatando-se neste grupo a convicção de se encontrarem neste momento sós no mundo pelo facto de não terem sido pais.

O número de **solteiros é bem menor do que o de viúvos** e fizeram na sua maioria a opção de viver com os pais até ambos falecerem ou então com um dos irmãos, acontecendo no entanto que perderam os seus pais ainda antes dos 65 anos de idade, pelo que a experiência de viver sozinho já está bem interiorizada ao contrário de uma das participantes deste estudo que viveu com outra irmã solteira durante toda a sua vida, sendo para ela muito recente e também difícil a experiência de viver sozinha uma vez que a irmã faleceu há pouco mais de um ano: *“Não é por causa da idade que sinto dificuldades em viver sozinha mas porque não estou habituada. Eu vivia com a minha irmã, mas ela morreu há ano e meio e desde aí vivo sozinha.”* P 15. Este menor número de solteiros relativamente aos que foram casados a viverem sós, vai de encontro aos resultados da investigação qualitativa de Morrissey (1998) que estudou as características e recursos das mulheres idosas que vivem sozinhas em Indianápolis, no Estado Norte Americano de Indiana, em que das 15 participantes, 10 eram viúvas, 2 divorciadas e apenas 3 solteiras (Morrissey, 1998).

É também importante referir o estudo exploratório de Eshbaugh (2008) acerca das perceções das mulheres idosas a viverem sozinhas, cujos dados apontam para a enorme heterogeneidade em que a percepção variou de extremamente negativo a

extremamente positivo viver sozinha e outras descrevem como nem tudo positivo nem tudo negativo (Eshbaugh, 2008). A maioria (64%) conseguiu identificar tanto aspetos positivos como negativos no seu ambiente de vida. Apenas sete das 53 participantes perceberam viver sozinho negativamente. A grande maioria das mulheres neste estudo (87%) considerou viver sozinho, de forma positiva ou neutra apesar disto não significar que esses 87% não tenham visto aspetos negativos de viver sozinho. No entanto, quando perguntado como se sentiam ao viver sozinhas, a sua primeira resposta não era negativa. Também a maioria das mulheres neste estudo vivia sozinha pela primeira vez nas suas vidas e não morava sozinha antes do casamento. A autora conclui que embora muitas mulheres tenham que se adaptar a viver sozinhas pela primeira vez no final da vida, elas podem adaptar-se com sucesso ao seu novo “arranjo familiar”, em algumas situações com a perda do seu marido quando tinham 75 anos ou mais, o que nos levou a querer compreender mais acerca das condições influenciadoras deste processo (Eshbaugh, 2008).

A análise dos dados relativa às condições contextuais do processo de envelhecer só depois dos 80, permitiu identificar os diversos eventos que retratam a desagregação da família conducente à condição da pessoa idosa se encontrar só em idade avançada, mas também representar o seu olhar face a este “arranjo familiar” que que como vimos pode ser encarado como uma inevitabilidade, com resignação ou tomado como uma opção que se prende particularmente com a busca da independência, mas que passaremos a discutir já integrado em cada uma das três atitudes face à vida emergentes.

## 2. DAS ATITUDES FACE À VIDA DE QUEM VIVE SÓ DEPOIS DOS 80

Como foi referido no capítulo anterior, quem envelhece só depois dos 80, apresenta diversas formas de encarar esta condição, que apontam para três atitudes face à vida distintas: os *Independentes*, os *Resignados* e os *Amargurados*, passando neste momento à discussão em torno destes resultados.

### 2.1. Os Independentes

#### **Quando a vida depois dos 80 oferece outras opções: “A busca da independência**

Para a maioria dos participantes do nosso estudo, a decisão de envelhecer sozinho depois dos 80 é uma opção que se prende particularmente com a valorização da independência, apesar de ser apontado por Cabral, et al., (2013), que a vida a sós é principalmente uma consequência da longevidade e não uma escolha ou um modo de vida (Cabral, et al., 2013). No entanto a revisão narrativa de Camargos (2011) acerca da decisão de viver sozinho vai de encontro aos nossos resultados, sendo considerado que pode ser uma opção para os idosos que desejam manter sua independência e a autonomia (Camargos, 2011). Ainda o estudo longitudinal descritivo, iniciado em 1983 por Morrissey (1998) em Indianapolis (EUA), com 15 mulheres entre os 76 e os 92 anos de idade a viverem sozinhas na comunidade, apesar de não ser recente forneceu dados que permanecem atuais acerca dos fatores que contribuem para a capacidade destas mulheres poderem continuar a viver sós, concluindo a partir dos dados, que em certa medida está dependente da capacidade de construir um estilo de vida que para cada uma é razoável, considerando-se ser difícil renunciar ao valor da independência, apesar da improbabilidade de alguém ser completamente independente, dado que somos interdependentes em muitos aspetos das nossas vidas. (Morrissey, 1998).

Compreendemos neste estudo, que os que optam por viver sós em idade tão avançada, sentem a necessidade de manter a sua individualidade e buscam incessantemente a independência que tanto valorizam o que vai de encontro a uma revisão da literatura efetuada por Cheng (2006) no âmbito da escolha em viver só de mulheres idosas que aponta também como principais fatores que podem levar a esta escolha de vida independente, para além das mudanças no estilo familiar e estado civil,

bem como a longevidade, o valor que é atribuído à independência (Cheng, 2006). O estudo realizado pela ONU acrescenta ainda que esta tendência mais consolidada de modalidade de vida independente (sozinho) é própria dos países desenvolvidos, ao contrário do que se verifica nos países em desenvolvimento, em que a maioria dos idosos vive com os seus filhos (United Nations, 2005). Confrontamo-nos também com os resultados da investigação de Wong, et al. (2009), que em parte não vão de encontro aos nossos, mas que é relativa a uma população asiática e não europeia: os Chineses de Singapura a viverem sozinhos depois dos 65 anos, a qual conclui que apesar de nas sociedades asiáticas por norma as pessoas mais velhas viverem com os filhos, aqueles que optam por viver sozinhos, se subdividem em dois grupos: os que foram convidados a viver com alguém mas declinaram a proposta e aqueles que estão predispostos a viver sozinhos para evitar o contacto social (Wong, et al., 2009).

Diversos estudos sugerem de facto que as pessoas que se encontram na velhice tardia têm um forte desejo de continuar a viver de forma independente, enquanto lhes seja possível, podendo mesmo ser considerado para estes idosos, a autonomia de ficar no seu próprio lugar mais importante do que viver mais tempo ou ficar em casa da família, constituindo a perda da independência um dos seus medos relativamente ao futuro (Hahn, 2008; Rolls, et al., 2010; Quine, et al., 2007). Também na procura de explorar ideias iniciais acerca de como é experienciado o envelhecimento por mulheres que vivem sozinhas na Suíça, Petry (2003) refere que a independência significa para elas a capacidade de continuarem a viver sozinhas, fazendo as suas escolhas e o que querem tal como sempre fizeram, livres de obrigações e de preocupações com o passado (Petry, 2003) .

Esta valorização da independência evidencia um traço de personalidade que norteia a decisão de viver sozinho, a qual não parece ser influenciada inclusivamente por uma perceção de saúde mais negativa uma vez que nalguns casos, apesar da perda de saúde e de funcionalidade, justificam a sua opção em manter-se a viver sozinhos pela independência que lhes proporciona e que acreditam ficaria comprometida se optassem por ir para um Lar ou para a casa de um familiar próximo. O estudo de Wong, et al. (2009) que explorou o isolamento social, as estratégias de *coping* e as preferências de “arranjos familiares” dos idosos de Singapura a viverem sozinhos, aponta também para esta tendência, concluindo que alguns destes idosos, apesar de terem oportunidades para viver com outros e de vivenciarem algumas dificuldades,

fazem a escolha de viver sozinhos porque, para eles se tornou pessoalmente confortável, contrariando desta forma a tendência das sociedades asiáticas, dos idosos viverem com os seus filhos (Wong, et al., 2009). Nos nossos resultados, educação para a autonomia surge também como algo que prepara a pessoa para viver sozinha.

Quando morar sozinho depois dos 80, resulta de uma opção, esta mesma surge contextualizada por diversas alternativas equacionadas e nalguns dos casos inclusivamente experienciadas, permitindo uma melhor consciencialização da sua tomada de decisão.

No que se refere às **alternativas equacionadas**, olham para a possibilidade de morar com alguém, maioritariamente um filho, como uma perda da sua independência, o que vai de encontro aos resultados de estudo de Wong, et al., (2009) que nos revelam que, o grupo de idosos que vive sozinho por opção, em algumas situações declinou o convite dos seus familiares para viverem nas suas casas, para assim manterem a sua independência. No entanto estes idosos valorizam a proximidade dos familiares para alguma ajuda que possa ser necessária, sem comprometer o seu desejo de vida independente (Wong, et al., 2009).

A ida para um Lar é também equacionada por alguns dos nossos participantes mas apenas na situação de saúde débil com perda da autonomia e dependência de outra pessoa para sobreviver no dia-a-dia, uma vez que ser capaz de viver de forma independente na comunidade, é algo muito valorizado, o que vai de encontro à conclusão do estudo realizado pelas Nações Unidas que refere que em diversos países desenvolvidos, a institucionalização é uma opção apenas para os idosos com dificuldades na manutenção da independência ou que necessitam de cuidados médicos (United Nations, 2005).

Para outros, ir para um lar nem sequer é equacionado, conotando esta alternativa com a morte em diversas perspetivas considerando alguns que lhes retiraria a possibilidade de manutenção de uma vida independente e outros preferindo mesmo a morte. O estudo de Quine, et al. (2007) acerca dos medos relativamente ao futuro de idosos australianos, também apresenta como resultados estes dois medos: a perda de independência e a admissão num lar de idosos (Quine, et al., 2007). Ainda as conclusões do estudo de caso de Santos (2014) realizado sob a temática: “*O lar de idosos: lugar de vida ou de morte social*”, apontam múltiplos constrangimentos



institucionais no lar observado, as quais comprometem as necessidades para que a vida dos idosos continue a fazer sentido, nomeadamente a de manter um sentimento de pertença, a de ter a certeza de que continuam a contar para os outros e ainda a de prevenir o declínio das capacidades a nível físico, cognitivo e afetivo, o que na sua opinião, faz crescer o risco de o fim da vida se assemelhar a um período de morte social (Santos, 2014).

Encontramos também pessoas, que experimentaram alternativas a viver sozinhas tais como ir viver com um dos filhos ou trazer um dos filhos para sua casa ou ainda dar início a uma nova relação, o que lhes permitiu tomar consciência do valor dado à sua independência, optando nos diversos casos, por voltar a morar sozinho.

Compreendemos ainda que aliado a esta valorização da independência que os faz optar por envelhecer sozinhos, há o desejo de não querer **sobrecarregar a família** e de um modo particular os filhos, com os seus problemas de saúde e eventual perda da autonomia, esforçando-se para se manterem saudáveis e autónomos e chegando mesmo a desejar que o fim de vida seja breve com o mesmo intuito. O estudo de Geib (2001) com idosos a morar sozinhos em São Paulo, no Brasil também aponta para esta opção como podendo ter na sua origem o desejo de não incomodar a família, para além de também assim preservar a independência, podendo a opção de viver com um familiar ser mesmo entendida como uma ameaça à integridade pessoal (Ramos, et al., 2010).

Quando a decisão de viver sozinho depois dos 80 é uma opção relacionada com a valorização da capacidade de viver de forma independente relativamente às tarefas do dia-a-dia, é considerado importante ter saúde. No entanto, mesmo quando reconhecem a necessidade de alguma ajuda nesta área, para eles ser independente vai para além desta capacidade de executar as tarefas do seu dia-a-dia, valorizando particularmente a capacidade de tomar decisões pessoais de acordo com as suas regras e preferências, considerando assim viver sozinho e ser independente como uma forma de liberdade, chegando mesmo a reconhecer esta fase das suas vidas como a derradeira oportunidade para viverem de acordo com as suas regras e preferências.

### **Condições Influenciadoras**

Passamos agora à discussão dos resultados relativos às condições que influenciam o processo de envelhecer só depois dos 80 dos *Independentes*, em torno das cinco áreas principais que emergiram da análise dos dados: as características pessoais e a autonomia, o suporte familiar, o estado de saúde, a situação financeira e a espiritualidade.

#### **As características pessoais e a autonomia**

A questão da **autonomia** emerge como preponderante para que as pessoas que envelhecem sozinhas depois dos 80 possam manter-se a viver nas suas casas de uma forma bem-sucedida, tomando assim decisões de carácter pessoal acerca de como pretendem viver o seu dia-a-dia, de acordo com as suas regras e preferências e mantendo desta forma o controlo. Este estudo evidencia que aqueles que são bem-sucedidos e se sentem realizados neste processo, apesar de contarem com a ajuda dos outros e de um modo mais particular, dos filhos, na hora de decidir são eles que determinam, emergindo dos dados um conjunto de características pessoais associadas de um modo particular aos *Independentes*, algumas delas relacionadas com traços de personalidade mas também com uma educação que se teve, as quais passamos a explicar.

**Ser determinado** é considerada uma característica pessoal que os acompanha desde cedo, a qual associam a uma vida de muito trabalho e que os ajuda a acreditar que os resultados são conseguidos através das próprias ações o que vai de encontro a uma das conclusões principais do estudo recente de Sixsmith, et al. (2014) também com recurso à *Grounded Theory*, cujo objetivo foi examinar as formas pelas quais as pessoas muito idosas percebem o envelhecimento saudável no contexto de viver sozinho em casa, em áreas urbanas, de cinco países europeus (Suécia, Alemanha, Reino Unido, Hungria, Letónia), que nos diz que apesar do declínio de saúde, financeiro e social associado ao envelhecimento, os idosos percebem o envelhecimento saudável como uma conquista ativa, criada por meio do esforço pessoal e individual (Sixsmith, et al., 2014) Também o estudo de Petry (2003) com mulheres suíças aponta nas suas conclusões que estas não se assemelham ao estereótipo comum das mulheres mais velhas como fracas, doentes e dependentes, sendo pelo contrário fortes e determinadas na forma como vivem as suas vidas, apesar

dos muitos desafios e limitações, fornecendo narrativas perspicazes acerca da vida, seus desafios e alegrias (Petry, 2003).

**Ser organizado**, nomeadamente no planeamento de formas de encontro com os outros, possibilita manter uma atitude de abertura ao mundo evitando assim o isolamento social. A pesquisa naturalista já referida de Morrissey (1984), desenvolvida com o objetivo de descrever o papel da saúde e de outras variáveis na manutenção da independência de mulheres idosas a viverem sozinhas na comunidade, revela-nos também que ser organizado emergiu dos dados como uma característica destas pessoas que se traduzia pelo desenvolvimento de uma estrutura flexível de atividades para organizar o seu tempo (Morrissey, 1984).

**Ser positivo**, é encarado como um motor para levar a cabo o percurso de envelhecer sozinho, mantendo o controlo, ajudando a relativizar os problemas com que se confrontam, nomeadamente o medo relativo a questões de segurança ou da morte. Nos EUA, o estudo de caso desenvolvido por Pierini, et al. (2009) para entender o que é ser uma mulher com mais de 85 anos a viver sozinha na comunidade, aponta como um dos temas que emergiu da análise, a importância de escolher ser positivo quanto ao planeamento do futuro nomeadamente no que diz respeito à decisão de ir para uma Instituição de Cuidados quando já não é mais seguro viver sozinho (Pierini, et al., 2009). Foi também demonstrado por Foster, et al (2010) que para as mulheres com mais de 85 anos a morarem sozinhas na comunidade (na Nova Zelândia), a vida saudável incluiu uma atitude positiva para com a vida, focando-se no que poderiam fazer e não no que não conseguem fazer, sendo mesmo referido que embora todas elas tivessem experimentado perdas significativas, demonstraram resiliência, capacidade de integrar as perdas nas suas vidas e continuar a ter um propósito na vida (Foster, et al., 2010). Ser positivo emerge ainda no nosso estudo, associado à **esperança** que ajuda a superar dificuldades e lhes dá a possibilidade de ação no futuro e à crença na intervenção Divina no dia em que precisem de maior ajuda.

**Ser autossuficiente**, está associado a valorizar gostar de estar consigo próprio, tornando-se menos dependente da presença de outros para se sentir bem e afastando deste modo o sentimento de solidão. Também este tema emergiu do estudo de Pierini, et al., (2009) atrás referido: a importância de ser autossuficiente mas ao mesmo tempo valorizar as relações sociais, sendo evidenciado um equilíbrio entre momentos a sós e de relação com os outros (Pierini, et al., 2009). Ainda a revisão da literatura de Cheng

(2006), acerca da experiência de mulheres idosas que vivem sozinhas e a sua saúde, descreve-as também como sendo felizes com a sua independência (Cheng, 2006).

Os *Independentes* também gostam de ocupar o seu tempo fora de casa, mesmo quando não têm companhia ou então são capazes e gostam de estar sós não sentindo a solidão o que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo Europeu já referido de Sixsmith, et al. (2014) que procurou examinar as formas pelas quais as pessoas muito idosas percebem o envelhecimento saudável no contexto de viver sozinho, concluindo que apesar do isolamento e solidão serem muitas vezes vistos como problemas, estar sozinho é interpretado por alguns dos participantes como privacidade e uma forma de solidão valorizada, descrita como “o prazer de estar sozinho” (Sixsmith, et al., 2014). Esta autossuficiência evidencia-se ainda na ocupação a fazer aquilo de que gostam, através da leitura, escrita, música, fotografia, trabalhos na natureza (jardins e quintais) ou ainda realização de trabalhos manuais.

**Aceitar** emerge no nosso estudo como o culminar psicológico face a este processo de envelhecer sozinho, permitindo uma melhor compreensão do seu contexto nomeadamente em termos de suporte e por outro lado conferindo a calma necessária para o confronto possível com a perda da independência futura. Também a pesquisa desenvolvida por Morrissey (1984) em torno das variáveis na manutenção da independência de mulheres idosas a viverem sozinhas na comunidade, revela que a aceitação emergiu dos dados como uma característica destas pessoas constituindo mesmo um fator chave para que mantenham a capacidade de viver sozinhas e que se traduz na aceitação de si mesmo e de uma existência também aceitável para elas (Morrissey, 1984). Encontramos ainda o estudo de (Birkeland, et al. (2009) realizado na Noruega com o objetivo de obter uma compreensão mais abrangente acerca de como os idosos que vivem sozinhos lidam com o facto de estar doente, sendo realizadas vinte entrevistas a idosos com uma idade média de 82 anos com diferentes lesões e doenças, revelando os resultados que estas pessoas têm como a principal estratégia de enfrentamento, a aceitação de ajuda para as suas AVD, a qual pode apresentar três estilos diferentes: 1) a aceitação positiva que ocorre quando a ajuda que recebem é vista como uma coisa boa; 2) a aceitação resignada associada a idosos com alto grau de incapacidade e falta de saúde; 3) a aceitação passiva que ocorre quando apenas acompanham as coisas e fazem o que lhes é dito. No nosso estudo, a aceitação que emerge vai de encontro à aceitação positiva, própria dos *Independentes*, podendo

no entanto aceitar-se que os outros dois estilos corresponderão respectivamente aos *Resignados* e *Amargurados* (Birkeland, et al., 2009).

### **O suporte familiar**

Para os *Independentes*, estar inserido num determinado meio social, seja o dos seus familiares, vizinhos ou amigos, confere um sentido de pertença, protege do isolamento social e da solidão e dá a possibilidade de uma maior aproximação a uma visão do mundo mais atual pela interação geracional que acontece. Sentem-se seguros a viver sozinhos nas suas casas porque confiam na rede familiar de suporte que os protege e constitui um espaço de inclusão social que os ajuda a enfrentar as suas dificuldades diárias, procurando assim cultivar um relacionamento harmonioso com a família. O estudo de Cabral et al. (2013) também nos fala do apoio emocional dado pela família, nos momentos de tristeza e solidão mas também naqueles de alegria e felicidade, tornando-se mais necessário com o avanço da idade para as mulheres e para aqueles sem redes interpessoais (Cabral, et al., 2013).

Os *Independentes* contam assim com a ajuda dos seus familiares, vizinhos ou amigos, para o desempenho de algumas das tarefas diárias quando os problemas de ordem funcional surgem, nas questões que se prendem com a sua saúde, nomeadamente quando há algum agravamento do seu estado e mesmo em áreas sensíveis como a financeira e o final de vida. O estudo com idosos Nikkeis que vivem sozinhos em Chicago, funcionalmente independentes, diz-nos que também estes contam para apoio informal, principalmente com a família para ajudar a cuidar da gestão da casa e de problemas na área da saúde (Lau, et al., 2012). Ainda a pesquisa já referida, realizada por Camargos, et al. (2008) acerca das condições de saúde de idosos que moram sozinhos, no município de Belo Horizonte no Brasil, revela nas suas conclusões finais que estes idosos quando adoecem recebem o apoio da família e também de amigos, sob a forma de cuidado, que varia de acordo com a disponibilidade, afinidade ou proximidade, encontrando variações na intensidade de acordo com a proveniência da ajuda ser apenas da família ou contarem também com amigos ou empregadas domésticas. É também descrito o apoio de algumas famílias em situação de agravamento da doença, em que se deslocam para casa do idoso ou então o levam temporariamente para suas casas. No caso dos solteiros os amigos também se

revelaram presença na doença, constituindo por vezes a única base de apoio (Camargos, et al., 2008).

Os *Independentes* vivem satisfeitos com o suporte familiar que têm pelo sentido de pertença que lhes confere. O estudo de Cabral et al. (2013) considera também que as redes e atividades sociais são determinantes para o sentimento de felicidade dos inquiridos, tornando em parte secundário a própria idade e as condições de vida objetivas, sendo as relações centradas na família, assim como a frequência da manifestação de afetos e o maior apoio emocional, preditores essenciais para um maior sentimento de felicidade e de uma visão mais otimista do envelhecimento, podendo de certa forma contribuir para anular ou pelo menos compensar o efeito da idade (Cabral, et al., 2013).

### O estado de saúde

A **saúde** surge como uma condição determinante para que aqueles que envelhecem sós depois dos 80 possam permanecer a viver sozinhos uma vez que lhes dá a possibilidade de manterem uma vida independente. O estudo de Foster, et al. (2010) com mulheres mais velhas a morarem sozinhas na comunidade, com idade superior a 85 anos, demonstrou também que manter-se saudável permaneceu central para garantir a capacidade destas mulheres de continuarem a viver de forma independente (Foster, et al., 2010).

Sendo assim, os *Independentes* avaliam a gravidade dos problemas de saúde que vão surgindo, de acordo com o comprometimento que possa implicar no desempenho das tarefas do dia-a-dia e portanto na área da funcionalidade. Consideram também fundamental para a possibilidade de uma vida independente ter a **capacidade intelectual** preservada. De facto, é considerado por Dyer, et al. (2007) que o prejuízo cognitivo dos idosos é habitualmente a causa da perda da capacidade de tomada de decisão e da capacidade de executar tarefas dos idosos, tornando-os mais vulneráveis e deixando de ser seguro para eles viverem sozinhos (Dyer, et al., 2007).

Alguns dos *Independentes* percecionam terem sido sempre saudáveis, considerando-se ainda como jovens nesta área, nomeadamente em termos de funcionalidade. O estudo de Foster, et al. (2010) também nos diz que as mulheres estudadas com mais de 85 anos a residirem sozinhas na comunidade, apesar de

pertencerem a uma faixa etária relacionada com doenças crónicas, se consideravam saudáveis, por terem conseguido fazer aquilo que queriam nas suas vidas (Foster, et al., 2010). Ainda o estudo de Cao, et al. (2014) realizado em Hangzhou, na China com o objetivo de investigar as necessidades das pessoas idosas ao envelhecer, revela nos seus resultados que a maioria dos idosos que envelhece em casa viveu uma vida relativamente saudável e que 97,2% dos idosos estavam satisfeitos com a sua qualidade de vida (Cao, et al., 2014).

Os *Independentes* resolvem ainda facilmente alguns episódios agudos e o facto de não terem as doenças que associam ao processo de envelhecimento, permite-lhes adotar um estilo de vida mais descontraído no que se refere ao plano alimentar e mesmo à vigilância de saúde.

Para os *Independentes*, um percurso de vida sem grandes percalços na área da saúde gera uma atitude de gratidão e de aceitação do que possa vir a acontecer no futuro, sendo ainda determinante para que a vida continue a ter sentido. E quando alguma doença aparece e a saúde falta, revelam um olhar positivo relativamente à recuperação dos problemas com que se vão confrontando.

### **A situação financeira**

A manutenção de uma vida independente depois dos 80 pode também ser influenciada pela situação financeira de cada um, sendo o desafio financeiro entendido pelos *Independentes* como facilitador de maior autonomia e qualidade de vida. O estudo de Tohme, et al. (2011) realizado no Líbano, examinou a correlação de viver sozinho quando se é idoso com os recursos económicos, concluindo que ao contrário de outros países árabes, viver sozinho quando se é idoso no Líbano, parece ser uma escolha tomada por aqueles que têm recursos financeiros para o fazer, tendendo os “arranjos familiares” dos mais idosos, seguir o modelo ocidental em que os idosos com recursos financeiros, muitas vezes recebidos dos filhos, são os mais propensos a viverem sozinhos (Tohme, et al., 2011). O equilíbrio da situação financeira foi também uma das estratégias identificadas por Sixsmith, et al. (2014) para se contruir um envelhecimento saudável no contexto de viver sozinho em casa (Sixsmith, et al., 2014).

Sendo assim, quando existe desafio financeiro, dá a possibilidade aos

*Independentes* de aceder a um leque mais alargado de recursos/estratégias no âmbito da assistência em saúde e de suporte às perdas funcionais, para a manutenção de uma vida independente. O estudo realizado no Reino Unido por Rolls, et al. (2010) acerca das necessidades com que se deparam as pessoas mais velhas que vivem sozinhas no final da vida, discutindo alguns dos problemas complexos relativamente às políticas sociais desenvolvidas nomeadamente em relação aos fatores materiais, revela também que entre os que vivem sozinhos, ter uma ou mais limitações nas atividades da vida diária está associado a uma reforma significativamente menor, independentemente de a pessoa ter acesso a recursos herdados ou a riqueza habitacional, sendo portanto o fator financeiro determinante para a manutenção de uma vida independente (Rolls, et al., 2010).

Quando a situação financeira não é suficiente para fazer face às despesas de saúde, os *Independentes* aceitam ajuda.

### **A espiritualidade**

A **espiritualidade** emerge com muita evidência como uma condição que influencia o processo de envelhecer sozinho depois dos 80, mantendo o desejo de uma vida independente de uma forma mais realizada, que se espelha nos *Independentes*.

A fé e a crença em Deus face à condição de se encontrarem a envelhecer sós em idade avançada, emerge como o pilar onde vão buscar a força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam, nomeadamente na área da saúde, das relações com os que lhes são próximos, das perdas que sofreram, colocando nas mãos de Deus a sua vida, numa atitude de entrega e de confiança que lhes permite não se sentirem sós a lidar com a incerteza daquilo com que poderão ser confrontados no futuro. O tema da espiritualidade também surge no seio dos estudos por nós revistos, dizendo-nos Hahn (2008) que a crença de que "Deus cuida de mim" apoiou as mulheres do seu estudo a cuidar de si e dos outros, referindo mesmo que este tema emerge em oposição ao de fragilidade, como constructo mais comumente usado pelos profissionais de saúde (Hahn, 2008). Mas já em 1994, na investigação de doutoramento realizada por Jett (1994) na Universidade da Florida, o uso de fé era apontado como a estratégia de sobrevivência mais importante para mulheres idosas afroamericanas frágeis e a viverem sozinhas, ajudando-as a minimizar as suas



necessidades e a usar os recursos limitados de forma criativa (Jett, 1994).

Para alguns dos *Independentes* a fé ajuda-os a entenderem o sentido de algumas situações de sofrimento e da sua presença aqui na terra, a relativizar os medos e o sofrimento e a viverem com tranquilidade o aproximar do fim e o confronto com a morte pela confiança que depositam na intervenção Divina.

Através da espiritualidade encontram um propósito e ações significativas, sendo importante continuar a **ter objetivos**, associado a uma tarefa para cumprir, de dar continuidade àquilo que se tem, nomeadamente no que se prende com a manutenção da saúde e da autonomia, permitindo um olhar para o processo de envelhecer sozinho como inacabado. No estudo de natureza qualitativa (fenomenológico) realizado com homens idosos com idades entre os 60-92 anos, a viverem sozinhos em Midcoast Maine (EUA), Yetter (2010) procurou explorar a sua experiência, emergindo da análise dos dados de entre outros temas ter um propósito na vida, sendo mesmo considerado viver sozinho gratificante. O autor considera, que o estudo confirma os resultados de um outro semelhante realizado por Rubinstein em 1986, apesar de a literatura continuar a retratar os homens idosos que vivem sozinhos como doentes, isolados e deprimidos (Yetter, 2010).

Os *Independentes*, como percebem um bom suporte familiar, **estão em Paz** consigo próprios e com os outros, encarando o facto de viverem sós sem revolta nem tristeza, confiantes naquilo que são capazes de dar aos outros e na estima que recebem, conseguindo mesmo ter um olhar tranquilo e sem medos para o fim da vida. A sua espiritualidade permite-lhes ainda **valorizar a vida**, apreciando tudo aquilo que a mesma lhes proporciona nomeadamente através da natureza. Os que ainda vivem com autonomia, evidenciam maioritariamente **gratidão** que expressam a Deus, pela vida e força que têm. **Amar** surge também como norteador do envelhecer sozinho, por contribuir para a busca e o encontro do sentido, manifesto maioritariamente no amor pelo cônjuge que já partiu ou pelos filhos.

### Estratégias de sobrevivência

Passamos agora à discussão dos resultados relativos às estratégias de sobrevivência de quem envelhece só depois dos 80 dos *Independentes*, desenvolvidas no âmbito da saúde, das relações sociais e da espiritualidade.

#### **Âmbito da saúde**

Os *Independentes* desenvolvem estratégias para se manterem saudáveis pelo maior tempo possível para daí resultar a possibilidade de manutenção de uma vida independente bem-sucedida.

Sendo assim, aqueles que percebem ter uma saúde boa ou razoável, procuram adotar um **estilo de vida saudável** revelando uma preocupação especial com uma alimentação equilibrada, mas também com prática de exercício físico, quando a mobilidade ainda lhes permite caminhar ou mesmo frequentar o ginásio em modalidades como a hidroginástica. O estudo de Foster, et al. (2010) com mulheres acima dos 85 anos a morarem sozinhas na comunidade, apresenta também como conclusão que há um empenho em manter um estilo de vida saudável, através da ingestão de refeições nutritivas e asseguraram manterem-se ativas pela prática de exercício ao nível das suas capacidades (Foster, et al., 2010). Também Crawford-Achour (2012) revela que a atividade física (81,4 %) foi considerada prioritária por idosos aposentados saudáveis para conseguir um envelhecimento bem-sucedido (Crawford-Achour, 2012). A gestão dos estilos de vida, da saúde e da doença e manter-se ativo foram também estratégias identificadas no estudo já referido de Sixsmith, et al. (2014) para se contruir um envelhecimento saudável no contexto de viver sozinho em casa (Sixsmith, et al., 2014).

Os *Independentes* também consideram que ter uma boa **higiene do sono**, é fundamental para manter a saúde, adotando uma rotina e medidas de conforto para a hora de dormir que melhorem o sono, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Crawford-Achour (2012), em que dormir (82,3%) foi considerado como prioritário para conseguir um envelhecimento bem-sucedido.

Os *Independentes* valorizam ainda as estratégias para preservar a **capacidade intelectual**, dependendo no entanto o recurso às mesmas das possibilidades

económicas de cada um. Frequentam assim Universidades Sénior, Coros Sénior e abrem mão de tecnologia informática. Desenvolvem ainda estratégias no âmbito da manutenção da funcionalidade, sempre com o olhar no prolongar da sua independência. Quando ainda não existem perdas funcionais significativas, os *Independentes* procuram realizar de uma forma rotineira as AIVD no âmbito da sua higiene, alimentação e arranjo da casa, mas recorrem também a estratégias para as manter, como por exemplo fazendo hidroginástica ou a simples caminhada. Como dissemos anteriormente, o desafogo financeiro dá a possibilidade de recurso a estratégias que funcionam como uma excelente ajuda quando já existem alguns défices funcionais, tais como a possibilidade de contratar uma **empregada doméstica** que possa ajudar ou mesmo realizar tarefas como cuidar da casa, ir às compras, preparar as refeições, conduzir etc. Percebemos que alguns dos que têm menos recursos financeiros, também o fazem mas com menor periodicidade procurando a sua ajuda particularmente nos trabalhos mais pesados como a limpeza da casa, fazer compras e na preparação de refeições que possam depois ser apenas aquecidas. O estudo de Foster, et al. (2010) também demonstrou que a ajuda doméstica foi utilizada pelas mulheres mais velhas a morarem sozinhas na comunidade, com idade superior a 85 anos, para empreender tarefas domésticas e aceitar esta ajuda significou que a energia gasta em atividades domésticas poderia ser melhor usada para empreender outras atividades mais gratificantes, como a socialização e a atividade física (Foster, et al., 2010). Ainda o estudo de Ramos, et al. (2010) que procurou identificar estratégias utilizadas por idosos que vivem sós, aponta nas suas conclusões que aqueles que dispõem de recursos, podem por vezes contar com alguém para realizar algumas atividades de sua casa, mediante o pagamento pelo serviço (Ramos, et al., 2010).

No nosso estudo compreendemos ainda que o desafogo financeiro permite aos que têm dificuldades em cozinhar, **contratar refeições** a empresas takeaway ou então a Instituições Particulares de Solidariedade Social sem fins lucrativos.

O agravamento do estado de saúde dos *Independentes* preocupa-os por temerem não poder permanecer nas suas casas, perder a sua independência, a morte ou mesmo a ida para um Lar. Procuram deste modo rapidamente ajuda para uma solução, são cumpridores na toma da medicação e fazem o controlo de sintomas como a dor ou mesmo de doenças crónicas como a diabetes. Adotam também medidas de segurança, para evitar quedas que possam comprometer a sua mobilidade, utilizando ajudas

técnicas ou recorrendo a estratégias que minimizam o seu risco, evitando o uso de transportes públicos ou utilizando apenas áreas da casa que não são problemáticas como as escadas. Alguns dispõem ainda do serviço de **teleassistência** que os faz sentirem-se mais seguros, quando fazem o seu uso correto, pela possibilidade que dá de comunicar alguma situação de emergência que possa ocorrer, nomeadamente uma queda. Também o estudo de campo recente realizado por Kamilaris, et al. (2015) com idosos em Singapura, relativo à compreensão das atividades instrumentais de vida diária e áreas de preocupação, identificou ações que podem representar riscos e portanto, exigir cuidado e assistência, apresentando com base nestes resultados, várias possibilidades de tecnologias inteligentes disponíveis no mercado, a serem usadas para auxiliar a população idosa a viver uma vida agradável, independente, saudável e segura no contexto de Singapura, que incluiu também um serviço que se assemelha à teleassistência disponibilizada aos idosos do nosso estudo. (Kamilaris, et al., 2015).

A **vigilância de saúde** evidencia-se também como uma estratégia muito valorizada pelos *Independentes* no âmbito da manutenção da saúde, optando pela ida ao médico de família, ou então a médicos particulares, quando a situação financeira o permite. Inclui maioritariamente o controlo da hipertensão arterial e da diabetes, a realização de análises gerais e a gestão da terapêutica. Na sua maioria fazem-no de três em três meses, embora aqueles que se mantêm saudáveis, apenas o façam uma vez por ano, caso não surja qualquer intercorrência que justifique a sua ida antecipada ao médico.

Foi ainda evidenciado que os recursos financeiros estão particularmente associados à manutenção da saúde pelo leque de estratégias que possibilitam, ganhando desta forma a **gestão financeira** uma importância relevante para os *Independentes*, de um modo particular para aqueles que têm uma reforma pequena, sendo priorizados os gastos com medicamentos, que consideram fundamentais para controlar o seu estado de saúde mas procurando também fazer poupança para fazer face a problemas de saúde que possam vir a surgir ou a agravar-se no futuro sem ter que sobrecarregar os filhos. Aqueles que vivem ainda com saúde acabam por ter menos preocupações financeiras, mesmo quando o dinheiro é pouco.

### Âmbito das relações sociais

Maioritariamente as relações sociais assumem um lugar de relevo na manutenção do bem-estar das pessoas idosas que vivem sozinhas, onde o tempo passado com os outros e a realização de atividades em conjunto gera satisfação pessoal e como vimos acerca do suporte familiar pode inclusivamente conduzir ao apoio em diversas áreas em caso de necessidade, potenciando um sentimento de segurança, realização social e mesmo de manutenção de um sentido para a vida ao mesmo tempo que combate o isolamento social, pelo que são diversas as estratégias que desenvolvem para as manter e deste modo prolongar a manutenção de uma vida independente. O estudo de Lou, et al. (2012) realizado com o objetivo de investigar os fatores de resiliência que ajudam os chineses idosos a viverem sozinhos a enfrentar a solidão, demonstra também que as relações sociais desempenham um papel significativo para os ajudar a superar seu alto risco de solidão (Lou, et al., 2012). Ainda o estudo realizado no Brasil por Campos, et al. (2016) com idosos octogenários a residir nos seus domicílios, aponta que aqueles que dispõem de um grupo familiar estável, coeso e de confiança, conseguem deste modo contruir boas relações familiares e tornam-se mais capazes de enfrentar possíveis perdas durante o processo de envelhecimento (Campos, et al., 2016).

Os *Independentes* procuram também **cultivar os laços sociais** com a família mas ainda com os amigos e vizinhos, através de um padrão de interações frequentes, em que podem ser eles a tomar a iniciativa mas também respondendo prontamente aos desafios colocados pelos outros. A conciliação da vida social foi também uma das estratégias identificadas no estudo de Sixsmith, et al. (2014) para se contruir um envelhecimento saudável no contexto de viver sozinho em casa (Sixsmith, et al., 2014). Ainda a pesquisa de Morrissey, (1984) na procura de descrever o papel da saúde e de outras variáveis na manutenção da independência de mulheres idosas a viverem sozinhas na comunidade, nos revela que a norma da reciprocidade é característica das relações interpessoais e resgatada particularmente nas relações entre pais e filhos (Morrissey, 1984). A situação particular dos idosos que nunca casaram é também abordada por Camargos, et al. (2008), sendo apontado que estes parecem adotar ao longo da vida uma ampliação dos laços de amizade extrafamiliar que lhes possa garantir um estilo de vida mais independente e ao mesmo tempo assistência em caso (Camargos, et al., 2008).

Os *Independentes* procuram ainda combater o isolamento social **mantendo-se socialmente ativos**, procurando integrar-se em grupos diversificados onde desenvolvem atividades com interesse para eles, que os distraem e de que gostam ao mesmo tempo que possibilitam o convívio com outras pessoas, maior bem-estar e satisfação com a vida. O estudo de Cabral et al. (2013) diz-nos mesmo que as atividades sociais associadas ao envelhecimento ativo, são também um preditor essencial para o sentimento de felicidade e ainda para uma representação mais otimista da velhice (Cabral, et al., 2013).

Deste modo, alguns dos *Independentes* participam em atividades ligadas à Igreja, frequentam universidades sénior, ginásios e mesmo centros de dia onde por vezes criam laços afetivos tão intensos que comparam aos que têm pela família. Quanto à participação social, o estudo acerca dos perfis de envelhecimento em Portugal fala-nos da vinculação dos idosos a atividades promovidas pelos serviços das Câmaras Municipais, Juntas de Freguesia, entidades religiosas e ainda coletividades recreativas. No entanto no nosso estudo, esta participação apenas se verificou no âmbito das duas últimas mencionadas (Cabral, et al., 2013).

No estudo de Crawford-Achour (2012) as atividades sociais são também consideradas prioritárias para um envelhecimento bem-sucedido e significativamente mais importantes para os indivíduos com nível de escolaridade superior do que para os indivíduos com menor escolaridade, que corrobora os resultados do estudo de Cabral et al. (2013) ao dizer que os indivíduos com níveis de escolaridade mais elevados têm também uma participação social formal superior, quando comparados com aqueles que apresentam níveis inferiores de escolaridade ou mesmo sem escolaridade, o que não pudemos comprovar neste estudo. É ainda revelado que inversamente, aqueles que têm níveis mais baixos de escolaridade são os que mais participam nas atividades informais, compensando assim a fraca participação social formal (Cabral, et al., 2013). Ainda o estudo realizado com os idosos Nikkei a viverem sozinhos em Chicago, aponta para a utilização primordial de programas culturais para a socialização (Lau, et al., 2012).

## **Espiritualidade e a procura da transcendência**

No âmbito da espiritualidade de quem envelhece só depois dos 80, emerge a **procura da transcendência** que se traduz no encontro de um propósito e ações significativas como **ajudar os outros**. Sendo assim, os *Independentes* sentem-se úteis com a ajuda que dão particularmente aos filhos e netos mas também aos da sua idade que se encontram em situação mais vulnerável, vivendo ainda com a sensação de dever cumprido relativamente à ajuda que deram àqueles que já partiram, permitindo-lhes continuar a olhar para a vida com sentido, o que vai de encontro a uma das conclusões principais do estudo europeu realizado por Sixsmith, et al. (2014) acerca das estratégias identificadas para se contruir um envelhecimento saudável no contexto de viver sozinho em casa que foi o encontro de um propósito e ações significativas (Sixsmith, et al., 2014).

Os *Independentes* encontram ainda na **oração** um meio de diálogo com o Deus em que acreditam, muito presente nas suas vidas. Pedem a força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam, saúde, proteção para a família e para evitar acidentes, paz espiritual e para não terem medo da morte nem do sofrimento, confiando e entregando a sua vida e a daqueles que lhes são próximos a Deus. Já em 1984, Morrissey ao descrever o papel da saúde e de outras variáveis na manutenção da independência de mulheres idosas a viverem sozinhas na comunidade, refere a espiritualidade como um recurso em que algumas das participantes identificaram um ser sobrenatural com quem falavam sobre si e seus problemas (Morrissey, 1984).

Por último, o grupo dos *Independentes* que ainda têm autonomia, procuram a vivência da sua espiritualidade através da participação em cerimónias religiosas.

## **2.2. Os Resignados**

### **Quando a família tem outras prioridades e se resignam a envelhecer sozinhos depois dos 80**

Encontramos também aqueles para quem viver com um dos filhos, é idealizado como o cenário mais favorável para esta etapa das suas vidas, mas não o fazendo, porque reconhecem que os filhos têm outras prioridades, procurando não incomodar

nem interferir na privacidade das suas vidas, libertando-os do que consideram ser a sobrecarga do envelhecimento e **resignando-se a viver sós**, mas experienciando no entanto esta situação com desconforto. Também o estudo realizado nos EUA por Morrissey (1998) explica que nas mulheres entre os 76 e os 92 anos de idade a viverem sozinhas na comunidade, estas relações interdependentes são regidas pela norma da reciprocidade, sendo esta implementada de forma diferente de acordo com as regras de cada um e o modo como entende que as mesmas sejam implementadas, revelando que algumas mulheres interpretam esta norma de uma forma bastante estrita, como uma dívida que deve ser reembolsada, o que as faz encontrar uma vida mais difícil à medida que as perdas funcionais se vão instalando e quando as interações mudam de interdependência para dependência (Morrissey, 1998). A revisão narrativa de Camargos (2011) acerca da decisão de morar sozinho também nos diz que para alguns idosos, o convívio com os familiares na mesma residência pode ser essencial, para ajudar a resolver questões do dia-a-dia (físicas ou financeiras), assim como para compartilhar a convivência diária (Camargos, 2011).

Os *Resignados* revelam ainda uma grande preocupação em não **sobrecarregar a família** com os seus problemas de saúde e alguma perda da autonomia que se vá instalando, conformando-se em vivenciá-las sozinhos, nalguns casos omitindo-as mesmo ou então afastando-se, o que vai de encontro às conclusões do estudo de Camargos, et al. (2008) que aponta também nas suas conclusões que na maior parte das vezes, os idosos a morarem sozinhos no Brasil, vão sozinhos aos tratamentos e consultas de saúde pois preferem não incomodar a família (Camargos, et al., 2008).

### **Condições Influenciadoras**

Tal como fizemos para os *Independentes*, passamos agora à discussão dos resultados relativos às condições que influenciam o processo de envelhecer só depois dos 80 dos *Resignados*, em torno das cinco áreas principais que emergiram da análise dos dados já referidas: as características pessoais e a autonomia, o suporte familiar, o estado de saúde, a situação financeira e a espiritualidade.



### **As características pessoais e a autonomia**

Os *Resignados* têm falta de autoconfiança e por isso revelam-se inseguros na hora de decidir e viver de acordo com as suas regras e preferências, dependendo da opinião dos filhos ou daqueles em quem confiam.

Revelam ainda uma aceitação conformada da ajuda insuficiente que consideram ter dos filhos.

### **O suporte familiar**

Os *Resignados* têm como ideal viver com um dos filhos esta etapa das suas vidas, acabando no entanto por se conformar em encontrar-se sós, mas com uma perceção do suporte familiar sempre insuficiente, ainda que os filhos se façam presentes, sofrendo de solidão pela falta dos que lhes são queridos no seu dia-a-dia. Procuram também conformar-se com um suporte com algumas limitações, quando este é apenas assegurado por um dos elementos da família, na existência de conflitos familiares que afastam os restantes membros, mas vivendo inconformados com o isolamento a que são votados e solidão que percecionam. O estudo de Lau, et al. (2012), com idosos Nikkeis que vivem sozinhos em Chicago, também nos revela que uma das barreiras para este tipo de apoio pode estar relacionada com impedimentos altitudinais destes idosos como sentir-se pesado, ou com circunstâncias interpessoais relacionadas com a família como uma comunicação pobre ou mesmo as diferenças entre as gerações (Lau, et al., 2012).

Mesmo na ausência de conflitos familiares, e tendo os filhos por perto, os *Resignados* sofrem de solidão desculpabilizando os filhos da falta de companhia. De facto, sentem-se privados do apoio emocional em momentos de tristeza ou solidão, notando-se assim que os amigos acabam por constituir para eles uma fonte importante deste apoio emocional, contrariando o considerado por Cabral et al., (2013), ao dizer-nos que o apoio emocional é mais facilmente proporcionado pelos membros familiares que predominam nas redes extensas, recorrendo sobretudo aos filhos, propiciando uma maior presença de membros familiares (sobretudo filhos e netos) nos momentos de alegria e felicidade (Cabral, et al., 2013).

É também com resignação que aceitam a ajuda dos filhos, quando os problemas de saúde e as perdas funcionais começam a instalar-se ou em caso de dificuldades

financeiras, preocupando-se com os seus problemas, nomeadamente na área da saúde por considerarem que se estes lhes faltarem, pode ficar comprometida a possibilidade de permanecerem a viver nas suas casas. Também o estudo realizado por Rolls, et al (2010) no Reino Unido acerca das necessidades com que se deparam as pessoas mais velhas que vivem sozinhas no final da vida, discute alguns dos problemas complexos relativamente às políticas sociais desenvolvidas nomeadamente em relação ao apoio social, sendo considerado a importância de repensar o apoio formal mas também o informal dispensado pelos familiares, que consideramos no caso particular dos *Resignados* ser vital equacionar e dimensionar.

Os *Resignados*, também procuram a ajuda dos seus familiares apenas nas situações de agravamento do seu estado de saúde, para deste modo não os incomodarem.

Procuram cultivar as relações com pessoas amigas e vizinhos, para colmatar a falta de companhia dos seus familiares ou então isolam-se porque a tristeza em que vivem lhes dificulta a interação social, indo parcialmente ao encontro do que é revelado no estudo de Lau, et al. (2012) que nos diz que os idosos Nikkeis que vivem sozinhos em Chicago, contam com os amigos para o apoio emocional e de transporte e com os vizinhos para a ajuda de emergência (Lau, et al., 2012).

### **O estado de saúde**

Tal como os *Independentes*, também os *Resignados* consideram a saúde e a capacidade intelectual preservadas como condição determinante para que possam permanecer a viver sozinhos, mas no seu caso sem a ajuda de que gostariam dos filhos, preocupando-se prioritariamente em não os sobrecarregar.

Quando a saúde falta, olham como uma inevitabilidade da idade já avançada, revelando uma atitude conformada, para o apoio insuficiente que consideram ter por parte da família e procurando a todo o custo não os sobrecarregar com as suas dificuldades.

### A situação financeira

Tal como os *Independentes*, também os *Resignados* quando têm desafogo financeiro, acedem a um leque mais alargado de recursos/estratégias no âmbito da assistência em saúde e de suporte às suas perdas funcionais, prolongando assim a possibilidade de se manterem a viver sós nas suas casas, não sobrecarregando os filhos cujo suporte que disponibilizam, como já foi dito, percecionam como insuficiente. No entanto, quando a situação financeira não é suficiente para fazer face às despesas de saúde, revelam-se incapazes de pedir ajuda.

### A espiritualidade

O modo como a **espiritualidade** influencia o processo de envelhecer sozinho depois dos 80, assume contornos que se assemelham nos *Independentes* e *Resignados* mas que também se diferenciam. Enquanto para os *Independentes* contribui para a possibilidade de manutenção de uma vida independente que os realiza, para os *Resignados* contribui para que se conformem em viver sós.

À semelhança dos *Independentes* também os *Resignados* procuram na **fé e na crença em Deus** força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam, nomeadamente na área da saúde e das relações com os que lhes são próximos, confiando a Deus a sua vida e conseguindo um alívio quanto à incerteza do futuro. A sua espiritualidade possibilita também o encontro de um propósito e ações significativas, revelando-se a importância de **continuar a ter objetivos**, nomeadamente no que se prende com a manutenção da saúde e da autonomia, tal como vimos nos *Independentes*. Os *Resignados* evidenciam ainda alguns valores transcendentais como a **gratidão** quando ainda vivem com autonomia e **amar** que expressam relativamente aos seus familiares.

### Estratégias de sobrevivência

Tal como apresentamos para os *Independentes*, passamos agora à discussão dos resultados relativos às estratégias de sobrevivência de quem envelhece só depois dos 80, relativa aos *Resignados* e desenvolvidas no âmbito da saúde, das relações sociais e da espiritualidade.

### Âmbito da saúde

Os *Resignados* desenvolvem estratégias para se manterem saudáveis pelo maior tempo possível para daí resultar a possibilidade de se manterem a viver sós nas suas casas, movidos pelo desejo de assim não sobrecarregarem os filhos com os seus problemas de saúde, uma vez que como já foi dito, percecionam insuficiente o tempo que estes disponibilizam para cuidar deles.

Sendo assim, as estratégias que adotam são em tudo semelhantes às dos *Independentes*, mas como vimos com um objetivo diferente. Também aqueles que percecionam ter uma saúde boa ou razoável, desenvolvem estratégias que permitam um estilo de vida saudável, preservar a capacidade intelectual e ainda a funcionalidade.

Quando o estado de saúde se agrava, temem não ter a ajuda que necessitam dos filhos ou mesmo a ida para um Lar, pelo que procuram rapidamente uma solução, sendo cumpridores com toma da medicação e fazendo o controlo de sintomas quando têm doenças crónicas. Adotam também medidas de segurança para evitar quedas e alguns dispõem do serviço de teleassistência para assim poderem comunicar alguma situação de emergência.

A vigilância de saúde evidencia-se também como uma estratégia muito valorizada no âmbito da manutenção da saúde, porque percecionam que numa condição de maior dependência, não terão a ajuda que necessitam dos filhos.

Os *Resignados* procuram ainda gerir as suas finanças para poderem aceder a estratégias que possibilitem a manutenção da sua saúde ou controlar alguma doença que possa vir a surgir ou a agravar-se no futuro.

### Âmbito das relações sociais

Tal como os *Independentes*, os *Resignados* importam-se em fazer perdurar e manter as relações sociais, **cultivando os laços sociais** com a família mas também com os amigos e vizinhos. Quando existem **conflitos familiares** procuram apaziguar a mágoa e resolver o conflito que possa existir, no sentido da manutenção da relação familiar, que como já vimos, consideram estar aquém do que desejariam. Adotam também uma série de estratégias para combater o isolamento social e se manterem ativos socialmente. Assim, quando não existe um padrão de previsibilidade de interação com os que lhes são próximos, procuram sair de casa para deste modo

interagir de um modo mais particular com os vizinhos e amigos, uma vez que os filhos têm vidas mais distantes da deles. O estudo acerca dos perfis de envelhecimento em Portugal, também nos fala que o elevado conhecimento dos vizinhos e a frequência dos contactos com os mesmos podem indiciar uma conexão social entre as pessoas mais velhas, embora no seu estudo não tenha sido possível avaliar a profundidade das relações de vizinhança nem o grau de solidariedade que elas envolvem (Cabral, et al., 2013).

### **Espiritualidade e a procura da transcendência**

Também os *Resignados* **procuram a transcendência** pelo encontro de um propósito e ações significativas como **ajudar os outros**, mesmo quando não recebem da família a companhia que desejariam, considerando alguns, algo intrínseco à sua natureza. Sendo assim, sentem-se úteis com a ajuda que dão particularmente aos filhos e netos permitindo-lhes continuar a olhar para a vida com sentido.

Tal como os *Independentes*, encontram na **oração** um meio de diálogo com Deus também muito presente nas suas vidas e a quem pedem força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam, saúde, proteção para a família, paz espiritual e a Ele confiam e entregam a sua vida e a daqueles que lhes são próximos. Vivenciam ainda a sua espiritualidade através da participação em cerimónias religiosas, quando a autonomia assim lhes permite.

## **2.3. Os Amargurados**

### **Quando é inevitável envelhecer sozinho depois dos 80**

Como já vimos, morar sozinho depois dos 80, pode ser uma opção para idosos que desejam manter sua independência e autonomia mas também encarado como uma inevitabilidade e mesmo fatalidade, associada a diversos fatores nomeadamente a desagregação da família que nalguns casos leva à perda ou dispersão de todos os seus membros acabando por chegar a esta idade **sós no mundo**, sendo esta situação mais comum àqueles que não tiveram filhos ou que os filhos já faleceram, que os conduz a um olhar inconformado para a sua condição. Wong, et al., (2009) referem não existir

mesmo outra alternativa para alguns idosos, sendo forçados a viver sozinhos por diversas circunstâncias: sobreviver à sua rede familiar, nunca terem tido filhos ou mesmo terem sido afastados dos filhos (Wong, et al., 2009). Também a revisão narrativa de Camargos (2011) nos diz que para alguns idosos, é mesmo inevitável morar sozinho quando não têm outras pessoas com as quais possam residir, sentindo-se sós ou abandonados. (Camargos, 2011).

As **relações familiares conflituosas** podem também contribuir para que um familiar próximo, particularmente um filho, não disponibilize ajuda ao seu progenitor cuja condição já não é mais segura viver para sozinho, sentindo-se por isso abandonado, inconformado e responsabilizando a família pela situação em que vive. O estudo de Ramos, et.al, (2010) também nos fala acerca destes conflitos familiares, referindo mesmo que estar com a família nem sempre significa estar bem.

Consideram ainda estar inevitavelmente sós, quando a **condição financeira não permite contratar um cuidador** que poderia ajudá-los nas tarefas diárias, quando a falta de saúde e a perda de autonomia se instalaram e vivem situações de extrema fragilidade.

Este olhar dos *Amargurados* para a condição de envelhecer só em idade avançada como uma inevitabilidade vai de encontro ao que nos diz Portacolone (2011), ao concluir que a experiência dos idosos que vivem sozinhos nem sempre é vivida como libertadora ou energizante uma vez que para a maioria deles, viver de forma independente não foi uma escolha, mas uma parte natural da sua identidade, ou algo inevitável (Portacolone, 2011).

### **Condições Influenciadoras**

Passamos à discussão dos resultados relativos às condições que influenciam o processo de envelhecer só depois dos 80 dos *Amargurados*, em torno das cinco áreas principais já referidas: as características pessoais e a autonomia, o suporte familiar, o estado de saúde, a situação financeira e a espiritualidade.

### **As características pessoais e a autonomia**

Os *Amargurados* apresentam já uma perda total da autonomia, com incapacidade de tomar decisões e um abandono à ajuda pouco estruturada que possam obter. Importante será neste momento olhar também para o conceito das relações de apoio de aconselhamento introduzido por Cabral, et al. (2013), as quais se reportam aos conselhos pedidos a outra pessoa quando há necessidade de tomar decisões importantes e que está reduzida na ausência de redes interpessoais (declarado em 52,7% dos casos), o que ajuda a explicar a necessidade de aconselhamento pela sua parte (38,6 %), comparada com os inquiridos com redes interpessoais (30,6 %) (Cabral, et al., 2013).

Os *Amargurados* revelam tristeza e nalguns casos mesmo revolta pela situação vulnerável em que se encontram, manifestando ainda inconformismo com aquilo em que se tornaram pela doença e situação de grande dependência, sendo algumas destas emoções também relatadas no estudo realizado no Brasil por Ramos, et al. (2010) que nos diz que os idosos a viverem sós, podem vir a apresentar insatisfação com a vida para além de sentimentos negativos como a tristeza, revolta e rancor associados à particularidade de viverem sós e isolados socialmente (Ramos, et al., 2010)

### **O suporte familiar**

Os *Amargurados* vivem isolados socialmente porque estão sós no mundo ou têm situações familiares conflituosas por resolver, não tendo o suporte familiar adequado à sua condição de doença e pobreza e já não sendo seguro para eles viver sós nas suas casas, indo de encontro aos resultados do estudo de Cabral, et al. (2013) que a partir da análise das médias revela que os inquiridos sem redes interpessoais, foram aqueles que receberam menos apoio emocional, em momentos de tristeza e de solidão (2,18) em comparação com o maior apoio emocional recebido pelos que têm redes interpessoais (2,58). Também o estudo de Ramos et al., (2010) refere que a ausência de contactos familiares e isolamento social funcionam como condições que aumentam a vulnerabilidade aos problemas de quem vive só em idade avançada, criando mesmo risco de desestruturação emocional, de mais doenças e até da morte, sendo ainda destacadas no estudo de Cabral, et al. (2013) as fragilidades decorrentes da falta de companhia quando o idoso está doente, por vezes relacionada com relações conflituosas com os filhos.

Compreendemos que a situação de pobreza compromete a manutenção de uma vida independente que poderia ser atenuada com o suporte da família, tal como referido no estudo de Riser, et al. (2011) que procurou examinar qual o suporte informal utilizado por mulheres idosas com baixos rendimentos a viverem sozinhas em contexto rural, na pequena cidade canadense de Fort St. John, concluindo que estas mulheres dependem fortemente do apoio da família para satisfazer as suas necessidades de vida independente (Riser, et al., 2011), o mesmo não acontecendo com os *Amargurados* do nosso estudo por se encontrarem sós no mundo.

Os *Amargurados* também se sentem tristes, abandonados e sofrem de solidão extrema. O estudo de Campos, et al. (2016) com idosos octogenários a residir nos seus domicílios, também aponta que viver sozinho é um fator de risco para sintomas depressivos e declínio do bem-estar psicológico, entre os idosos mais idosos. Ainda o estudo de Cabral, et al., (2013) revela alguns resultados que vão de encontro aos nossos dados, dizendo-nos relativamente à satisfação com a vida, que o sentimento genérico de felicidade, tende a diminuir significativamente com o avançar da idade, sendo menor entre quem tem um estatuto socio-económico mais baixo, referindo ainda que três quartos da população inquirida apresenta uma propensão para a morbilidade média ou alta, muito associada por um lado à tristeza e à depressão correlacionadas com o sentimento de solidão, que aumenta significativamente com o decorrer da idade. A solidão é considerada uma reconstrução da experiência, uma narrativa do estar só num dado lugar e momento da vida, podendo ser pensada como um isolamento que impede de se encontrar ou interagir com os outros, sendo habitual naqueles que vivem sós (Cabral, et al., 2013). Os autores dizem-nos ainda que pode ser vista como um “estado de alma” resultante do sentimento de rejeição por parte dos outros, com os quais desejaria interagir, gerando sofrimento, o que reforça os nossos resultados.

Os *Amargurados* sobrevivem assim a uma condição de extrema fragilidade (vulnerabilidade) com a ajuda de vizinhos, amigos, benfeitores ou de instituições sociais ou da igreja, que prestam cuidados domiciliários. No entanto, esta vulnerabilidade e a relação com o suporte que obtêm está longe de corresponder aos resultados encontrados por Hahn (2008) no estudo etnográfico de doutoramento realizado na Universidade do Texas, em que explorou a vida quotidiana de mulheres idosas com 85 anos e mais, que vivem sozinhas nas suas próprias casas, com limitações físicas e que recebem ajuda, integrando as perspetivas destas mulheres com as de



profissionais de saúde interdisciplinares. Um dos temas culturais que emergiu da análise foi a "gestão corrente da vida diária", que resume a experiência de vida quotidiana dessas mulheres, preenchido com as múltiplas responsabilidades de cuidar de si mesmas, manter uma casa, tendendo a relacionamentos importantes, e preservando a autonomia dentro da realidade da vulnerabilidade física, revelando que nenhuma dessas mulheres se descreveu como frágil, sendo a ajuda descrita como uma troca mútua de serviços ao invés de receber ajuda (Hahn, 2008). Interessante e diferente é também a conclusão do estudo efetuado por Wong, et al. (2009) com idosos de Singapura, que nos diz que aqueles que vivem sozinhos há muito tempo estão isolados, sofrem de solidão e depressão, fazendo parte da sua experiência a realização das rotinas pessoais diárias e qualquer proposta a uma pequena mudança poderá ser perturbadora, já que o controlo que têm sobre as mesmas é o que lhes dá algum conforto e estabilidade. No entanto é evidenciada uma aparente contradição já que o isolamento social em que vivem se encontra justaposto com a habilidade de aceder aos serviços de saúde e outros serviços, solicitando os serviços necessários e ajuda e cumprindo as recomendações de medicação e fisioterapia, como se estivessem no limiar entre o seu lar e o resto do mundo, com um pé firmemente plantado na independência e segurança do seu lar e o outro pé que os leva para fora, à procura dos serviços formais valiosos, controlando esta interação com o mundo exterior, com eficiência, relativa apenas ao que precisam (Wong, et al., 2009). Não é o que acontece com os *Amargurados* do nosso estudo que vivem de facto isolados socialmente e também incapazes de aceder aos serviços de que necessitam.

Voltando aos nossos resultados, os *Amargurados* preocupam-se ainda com os problemas daqueles que lhes são próximos, dada a importância que têm para a sua sobrevivência. Também o estudo de Camargos, et al. (2008) já anteriormente referido, nos revela esta preocupação dos idosos que moram sozinhos, com a saúde dos familiares e amigos uma vez que contam com eles para suporte na área financeira e de acompanhamento nos problemas de saúde.

### **O estado de saúde**

Os *Amargurados* são doentes e por isso vivem com muitas limitações, são dependentes e perderam a qualidade de vida estando mesmo comprometida a manutenção de uma vida independente, indo de encontro ao referido por Cabral, et al.

(2013) que nos diz que a avaliação acerca do estado de saúde tende a piorar com o avançar da idade bem como a incidência de doença crónica aumenta significativamente a partir dos 75 anos e entre quem tem níveis de escolaridade inferiores e estatuto socioeconómico mais baixo, como procuraremos relacionar mais à frente.

Os *Amargurados* encaram deste modo a falta de saúde como uma fatalidade e lamentam que a sua perceção de uma saúde frágil seja desvalorizada pelos profissionais de saúde.

### **A situação financeira**

Os *Amargurados* são doentes, mas também são pobres, subsistindo com pequenas reformas e com grandes dificuldades em assegurar os bens de primeira necessidade bem como os encargos relativos a medicamentos e tratamentos, vendo-se também impossibilitados de adotar estratégias que os poderiam ajudar neste processo. Ser pobre impossibilita assim o acesso a estratégias/recursos para assegurar os cuidados adequados à situação de precariedade em que se encontram, tornando-se assim mais doentes, indo de encontro aos resultados do estudo etnográfico de Portucalone (2013), com idosos com mais de 75 anos, a viverem sozinhos em São Francisco, Califórnia, onde concluiu que estes enfrentam um conjunto de desafios bem como são propensos a experimentar um sentimento de precariedade, apontando o termo precariedade para um sentido intrínseco de instabilidade e insegurança decorrente de uma falta ou dificuldade de acesso a recursos essenciais (Portacolone, 2013). Também o estudo de Cabral et al., (2013) conclui que apesar das pessoas idosas que vivem com outros familiares, terem rendimentos mais baixos do que as que vivem sós, estas últimas podem apresentar as mesmas dificuldades económicas ou ainda piores uma vez que não contam com o apoio do rendimento coletivo, uma vez que o seu rendimento não se integra numa economia familiar (Cabral, et al., 2013).

### **A espiritualidade**

Para os *Amargurados* a **fé e a crença em Deus** emerge evidente face à condição de se encontrarem a envelhecer em idade avançada sós no mundo, doentes e pobres. Procuram deste modo colocar nas mãos de Deus aquilo que já não conseguem fazer,

permitindo aliviar de certa forma a ausência de objetivos e a incerteza daquilo com que poderão ser confrontados no futuro. Ajuda-os ainda a relativizar os medos e o sofrimento. Estes dados confrontam-nos com os resultados obtidos no estudo já anteriormente referido de Jett (1994) cujos resultados indicaram que todas as formas de ajuda eram consideradas uma bênção espiritual e que a fé serviu para minimizar as necessidades e usar os recursos limitados de forma criativa, para sobreviver vivendo sozinhas, sendo assim sugerido a necessidade de reforçar a necessidade de avaliações e intervenções culturalmente sensíveis (Jett, 1994).

Por último, a perda da autonomia e a dependência dos *Amargurados* traduziu-se nalguns casos na perda de sentido da vida, evidenciando um desejo expresso a Deus para que o fim seja abreviado.

### **Estratégias de sobrevivência**

Tal como apresentamos para os *Independentes* e *Resignados*, passamos agora à discussão dos resultados relativos às estratégias de sobrevivência de quem envelhece só depois dos 80, relativa aos *Amargurados* e desenvolvidas no âmbito da saúde, das relações sociais e da espiritualidade.

#### **Âmbito da saúde**

Dada a condição de vulnerabilidade em que se encontram os *Amargurados*, porque estão doentes, são pobres e estão sós no mundo, revelam já uma incapacidade de desenvolver estratégias no âmbito da saúde, adotando mesmo uma atitude de negligência e de abandono face aos problemas que enfrentam e também quanto à vigilância de saúde. Evidencia-se assim uma ausência de estratégias para manter a capacidade intelectual e a funcionalidade. A vigilância de saúde assume também particularidades uma vez que é assegurada pelo médico de família que vai a suas casas, dada a impossibilidade de se deslocarem ao Centro de Saúde. Esta situação vai de encontro aos resultados da pesquisa de Camargos, et al. (2008) com idosos que moram sozinhos no Brasil, na procura de ressaltar as estratégias utilizadas para cuidar da sua saúde, concluindo que apesar de ser evidente esta preocupação, a maioria não cuidava adequadamente da saúde, dando como exemplos destes cuidados que se poderiam

refletir em maior suscetibilidade à doença, os hábitos alimentares indesejáveis, a monitorização inadequada da saúde, a falta de prática de atividade física regular, a não utilização de medicamentos conforme prescrição e a falta de companhia em período integral quando estavam doentes (Camargos, et al., 2008)

Porque também são pobres, estão incapazes de poupar para fazer face a despesas com a sua saúde, tendo apenas a preocupação em dar prioridade às despesas com a medicação, embora nem sempre a reforma seja suficiente o que vai de encontro a uma das conclusões do estudo de Cabral, et al. (2013) acerca das condições de saúde dos idosos que moram sozinhos, que aponta para uma das grandes preocupações daqueles que têm menores rendimentos, o gasto com os medicamentos.

### **Âmbito das relações sociais**

Os *Amargurados* **estão sós no mundo**, estando por isso o suporte familiar ameaçado, vivendo despojados de estratégias que os mantenham em relação com os outros e tornando-se por isso ainda mais vulneráveis. O estudo de Ramos et al. (2010) aponta também para esta vulnerabilidade a que estão expostos os que estão doentes e enfrentam um quotidiano solitário, por falta de um familiar ou de outra referência como cuidador (Ramos, et al., 2010).

Pode acontecer também ser o próprio a votar-se ao isolamento social, com a vivência de situações de grande fragilidade, em que nada é feito para contrariar a solidão que se instalou, o que vai de encontro ao que é apontado no estudo com o objetivo de definir o perfil de envelhecimento da população portuguesa de modo a determinar as prevalências de dependências de terceiros e caracterizar fatores funcionais do envelhecimento humano, referindo verificar-se maior isolamento social no grupo etário dos 75 ou mais anos de idade (Oliveira, et al., 2010).

### **Espiritualidade e a procura da transcendência**

A **procura da transcendência** pelo encontro de um propósito e ações significativas como **ajudar os outros**, está vedada aos *Amargurados*, dada a precariedade e perda de autonomia com que vivem. Encontram assim na oração, o único meio de diálogo com Deus também presente nas suas vidas, rezando grande parte deles pela manhã e à noite e alguns ainda durante o dia, sentindo-se deste modo

menos sós. Pedem também a Deus que os acompanhe a lidar com os graves problemas e dificuldades com que se deparam e para que lhes dê uma morte sem sofrimento, abandonando as suas vidas a Deus, o que vai de encontro aos resultados apresentados por Ramos, et al. (2010) relativos a estratégias utilizadas por idosos que vivem sós sem uma pessoa para os acompanhar na doença, os quais se apoiam nas suas crenças religiosas e na fé, para assim superar os momentos de maior dificuldade.

### **3. DOS PROBLEMAS E PREOCUPAÇÕES COMUNS DE QUEM ENVELHECE SÓ DEPOIS DOS 80**

**Os problemas de saúde** dos participantes do nosso estudo são na sua maioria transversais às três atitudes face à vida já referidas, de quem envelhece só depois dos 80, na sua maioria associados ao processo de envelhecimento. Vários são os estudos a nível internacional e nacional que nos falam deste agravamento associado ao envelhecimento (Cabral, et al., 2013; Camargos, et al., 2008; Oliveira, et al., 2010; Ramos, et al., 2010). O estudo realizado em Hangzhou, na China com o objetivo de investigar as necessidades das pessoas idosas ao envelhecer, refere ainda que para além dos problemas de saúde, a dificuldade de acesso à saúde aumentam também com a idade (Cao, et al., 2014).

A **mobilidade prejudicada** é aquela que emerge com mais evidência, relacionado com alterações ósseas e articulares mas também com a presença de úlceras varicosas, perda de equilíbrio, dor e ainda doenças do foro neurológico, como Parkinson. Também o estudo realizado no Brasil por Clares, et al. (2014) com o objetivo de investigar a associação entre a mobilidade física e variáveis sociais e clínicas dos idosos que vivem na comunidade, concluiu que as principais fatores comprometedores da necessidade de se mover e manter uma postura adequada foram, as dificuldades em mobilizar-se, a rigidez articular, a dor ao mover-se, não praticar atividade física e ainda o risco de quedas e quanto às comorbilidades mais frequentes,

é também evidenciada a doença de Parkinson, entres outras nomeadamente artroses e osteoporose (Clares, et al., 2014).

A dificuldade em mobilizar-se provoca neles um maior cansaço e falta de forças que acaba por comprometer a sua funcionalidade, remetendo para a necessidade de maior ajuda para o desempenho das tarefas diárias, como veremos de forma mais detalhada à frente. Também percebemos que a dificuldade em andar os limita mais a casa, impedindo mesmo em algumas situações de sair e de conviver com pessoas bem como frequentar os grupos a que pertencem, conduzindo inevitavelmente a uma situação de maior isolamento social.

A **perda de funcionalidade** emerge também dos dados como outra condicionante de saúde que se traduz pela dificuldade crescente de desempenho das atividades diárias e fortemente associada à mobilidade comprometida mas emerge também relacionada com as perdas sensoriais tais como défices na visão.

A **Funcionalidade** *“é um termo genérico para as funções do corpo, atividades e participação. Indica os aspetos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais)”* (OMS, 2004: 186). É também considerada a capacidade do indivíduo para realizar as AVD e para participar nas diversas dimensões da vida e da sociedade incluindo a física, emocional e cognitiva (Jette, et al., 2003).

O estudo de Oliveira, et al. (2010) revela que o grupo etário com idade superior a 75 anos apresenta uma dependência funcional cerca de duas vezes superior à dos restantes grupos etários com idades inferiores (Oliveira, et al., 2010), sendo considerado no estudo de Lopes, et al. (2013) que a funcionalidade dos idosos está mantida em percentagens elevadas até aos 75 anos, verificando-se um decréscimo acrescido a partir dessa idade na capacidade para o idoso realizar as suas AVD e para participar em diversas situações da vida e da sociedade, com compromisso da saúde do indivíduo o que vai de encontro aos nossos resultados (Lopes, et al., 2013).

É também evidenciado no nosso estudo que esta perda de funcionalidade os faz compararem-se com o que já foram e no que se tornaram, consciencializando a necessidade de ajuda para poderem manter-se a viver sozinhos em suas casas, na idade avançada que apresentam.

As **quedas, ou risco de queda**, são outro problema que emerge dos dados,

associada também à mobilidade prejudicada. No entanto, neste estudo, são mais aqueles que nunca sofreram nenhuma queda, apesar do compromisso no andar. Por vezes também não sabem explicar como aconteceu a queda. Preocupam-se ainda com a situação de risco e vulnerabilidade a que ficam expostos se não tiverem alguém por perto para os socorrer, ou se da queda resultar nalguma complicação de saúde. De facto, os resultados referidos por Buksman, et al. (2008) indicam que 30 a 60% da população com idade superior a 65 anos a viver na comunidade, cai anualmente e metade destes apresenta diversas quedas, em que aproximadamente 40 a 60% destes episódios conduzem a algum tipo de lesão, sendo a queda responsável por 70 % das mortes acidentais em pessoas com mais de 75 anos. É também referido que a reabilitação pós queda pode ser demorada e quando implica imobilidade prolongada conduzir a diversas complicações sistémicas, tornando-se a pessoa mais dependente, com maior debilidade social e maior risco de institucionalização (Buksman, et al., 2008).

A **dor** é outro dos problemas que emerge dos nossos dados, particularmente associada aos problemas músculo-esqueléticos (artroses) e também às úlceras varicosas e com consequências na mobilidade. O estudo de Cabral et al. (2013) indica que três quartos da população inquirida apresenta uma propensão para a morbilidade média ou alta, muito associada por um lado à existência de dor (Cabral, et al., 2013).

Alguns têm também uma **alimentação inadequada**, sendo diversas as razões que concorrem para tal, nomeadamente a perda de funcionalidade, no que diz respeito a cozinhar o que vai de encontro aos fatores que podem resultar em menor ingestão alimentar referidos por Assumpção, et al. (2014), onde são destacados o isolamento social, a depressão, viuvez mas também as incapacidades (Assumpção, et al., 2014) Nalgumas situações optam pelo fornecimento das refeições através da Paróquia ou do Exército de Salvação, que é assegurado apenas nos dias úteis e uma única vez por dia, fazendo chegar a refeição para o jantar e fins de semana, ficando privados de refeições completas e adequadas por estes períodos, sendo a falta de meios/condições para confecionar a refeições considerado um dos fatores determinantes do estado nutricional da pessoa idosa (APN, 2013).

Quando têm patologias que exigem um ajuste em termos de dieta, alguns continuam a fazer uma alimentação inadequada por **falta de conhecimentos**, porque muitas das refeições são feitas em casa dos filhos onde cometem alguns excessos, ou

mesmo porque **não têm a vontade** suficiente para aderir a uma dieta adequada o que vai de encontro a outros fatores considerados também eles determinantes do estado nutricional da pessoa idosa nomeadamente a falta de conhecimentos alimentares e nutricionais e o estado emocional (APN, 2013).

Por último, emerge no âmbito dos problemas de saúde, o **sono comprometido** que associam à velhice, justificando nalguns casos que sempre dormiram mal mas agora ser ainda pior, estando na origem da perturbação do sono diversos fatores, nomeadamente problemas de eliminação urinária mas também pensamentos que não abandonam a sua mente, procurando na sua maioria solucionar este problema com medicação prescrita por médicos da especialidade mas que nem sempre resulta. Novamente o estudo de Cabral et al. (2013) indica que três quartos da população inquirida, apresenta uma propensão para a morbilidade média ou alta, também associada à dificuldade em adormecer (Cabral, et al., 2013).

Avançando na análise dos dados, emergiram também algumas **preocupações no âmbito da saúde** e de certa forma transversais às três atitudes face à vida de quem envelhece só depois dos 80, mas com particularidades diferentes para aqueles que vivem ainda com saúde ou pelo contrário, são doentes. Preocupam-se que as doenças crónicas ou alguma situação aguda possam agravar-se e vir assim a interferir na funcionalidade e autonomia ou mesmo conduzir à morte.

**O medo de que alguma doença** venha a instalar-se é também motivo de preocupação, particularmente para aqueles que ainda estão saudáveis, pela imprevisibilidade relativa à forma como poderão lidar com ela no futuro. Emerge ainda com muita força a preocupação de que um agravamento do estado de saúde possa impossibilitar de poder comunicar a alguém esta ocorrência bem como com a falta de uma pessoa por perto em caso de emergência. As noites são assim mais difíceis de enfrentar e o medo da morte torna-se mais premente ante a possibilidade de poder ser encontrado vários dias após a mesma. Também a pesquisa de Camargos, et al. (2008) realizada no Brasil, revela que foi evidente uma preocupação especial dos idosos que moram sozinhos, com a falta de uma pessoa por perto em caso de emergência, pela impossibilidade de comunicar se a situação assim o impuser.

Particularmente associado a esta preocupação de quem envelhece só depois dos 80 de não poder comunicar algum acidente, emerge o medo de cair, relacionado ainda



com as lesões que podem advir resultantes da queda. O estudo descritivo exploratório realizado no Brasil, acerca dos desafios e potencialidades vivenciadas pelos idosos a viverem sós, também identifica como desafios vivenciados por estes idosos no seu cotidiano, os relativos ao risco de doenças, autocuidado e segurança física que se agravam com o envelhecer só (Ramos, et al., 2010).

Da análise dos dados emerge também a **preocupação com o final da vida** e em alguns casos particularmente com a morte, a qual é transversal às três atitudes face à vida descritas, falando do medo do sofrimento mas também do medo não da dor mas do sentir a morte. Falam ainda do medo do que desconhecem, do final de vida e questionam-se inclusivamente acerca de como será um dia que percam a autonomia e fiquem dependentes de alguém o que vai de encontro ao estudo realizado no Reino Unido por Lloyd-Williams M (2007) que explorou com recurso à *Grounded Theory* e junto de uma amostra de quarenta indivíduos com idades entre os 80 e 89 anos a viverem sozinhos na comunidade, como são percebidos os problemas em torno da morte, do morrer e do fim da vida destas pessoas. Os resultados a que chegou revelaram que as questões associadas ao fim da vida incluíam o medo de como irão morrer, o medo de se tornar um fardo para os outros, querendo preparar-se e ter uma escolha relativa a onde e quando querem morrer e questões relacionadas com a morte assistida, esta última não emergente no nosso estudo. Demonstrou ainda que as questões relacionadas com o fim da vida são uma grande preocupação para os idosos, mas raramente são abordadas pelos profissionais. (Lloyd-Williams M, 2007).

Percebemos deste modo que quem envelhece só depois dos 80 pode vivenciar duas grandes preocupações relacionadas com a saúde. A primeira prende-se com o agravamento do seu estado que possa comprometer a possibilidade de comunicar a alguém o sucedido, conduza à perda da autonomia e da funcionalidade e nas situações mais extremas à morte. A segunda prende-se com o final: a morte e o sofrimento associado a morrer.



## **CAPÍTULO V – AS ÁREAS SENSÍVEIS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Este capítulo tem como objetivo fazer uma reflexão acerca das áreas sensíveis que ressaltam da análise e discussão dos resultados deste estudo que possam ter implicações para a enfermagem na área do cuidado à pessoa que envelhece só depois dos 80, tendo em consideração a complexidade do envelhecimento, muitas vezes acompanhado do declínio físico e da perda de entes queridos e amigos, constituindo sem dúvida um grande desafio à prática de enfermagem avançada.

Compreendemos que o processo de envelhecer só depois dos 80 é contextualizado pela desagregação da família, que pode assumir diversos contornos que implicam uma decisão relativa a este “arranjo familiar”, novidade para alguns e nem tanto para outros, quando a vida a sós não é recente. O olhar para esta condição emerge no entanto de forma diversa e permitiu logo no início da análise perceber que teria por sua vez implicações marcantes na atitude face à vida depois dos 80 que organizamos como a seguir se apresenta: os *Amargurados*, sós no mundo e que a observam como uma inevitabilidade, os *Resignados*, que tomam como ideal nesta altura da vida, estar com um dos filhos que têm outras prioridades nas suas vidas que não incluem a presença do (a) progenitor (a) na sua casa, encarando com resignação esta impossibilidade e os *Independentes* que têm como norteador deste processo, a valorização da independência. As condições que influenciam o processo de envelhecer só depois dos 80, traduzidas em cinco áreas principais (as características pessoais e a autonomia, o suporte familiar, o estado de saúde, a situação financeira e a espiritualidade), os problemas e preocupações desta população, bem como as estratégias utilizadas para se manterem autónomos e independentes pelo maior tempo possível, emergiram em torno destas atitudes face à vida anteriormente apontadas e que consideramos importante serem sistematizadas para mais facilmente identificarmos as áreas sensíveis com implicações para a enfermagem.

Sendo assim, os *Independentes* olham para a condição de viver sozinho depois dos 80, como uma opção norteadas pela valorização da independência.

São autónomos, tomando por isso decisões de carácter pessoal acerca de como pretendem viver o seu dia-a-dia, de acordo com as suas regras e preferências e mantendo o controlo. Apresentam como características pessoais relevantes serem determinados, organizados, positivos, autossuficientes e aceitam a sua condição.

Vivem satisfeitos com o suporte familiar que têm pelo sentido de pertença que lhes confere e confiam na rede familiar de suporte nas áreas da funcionalidade, saúde, financeira e final de vida.

Consideram a saúde como condição determinante para a manutenção de vida independente. Uma vida com a saúde gera neles gratidão, aceitação do futuro e manutenção do sentido da vida. Quanto aos problemas de saúde com que se vão confrontando, revelam um olhar positivo relativamente à sua recuperação.

O desafio financeiro permite-lhes aceder a um leque mais alargado de recursos/estratégias no âmbito da assistência em saúde e de suporte às perdas funcionais, para a manutenção de uma vida independente. Quando a situação financeira não é suficiente para fazer face às despesas, aceitam ajuda.

A fé contribui para manutenção de uma vida independente que os realiza, procurando nela a força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam. Confiam a Deus a sua vida e a incerteza do futuro. A confiança na intervenção Divina ajuda-os a entender o sentido do sofrimento, da presença na terra, a relativizar os medos e o sofrimento e a viver com tranquilidade o aproximar do fim. A sua espiritualidade possibilita ainda o encontro de um propósito e ações significativas continuando a ter objetivos. Experimentam também valores transcendentais como estar em paz, valorizar a vida, a gratidão e amar.

Quanto às estratégias que adotam para se manterem a viver sozinhos depois dos 80, perseguem o objetivo de manter uma vida independente bem-sucedida. No âmbito da saúde procuram adotar um estilo de vida saudável, preservar a capacidade intelectual e a funcionalidade. São cumpridores com a medicação, fazem controlo de sintomas, adotam medidas de segurança para evitar acidentes, fazem vigilância de saúde. Gerem as suas finanças para aceder a estratégias que possibilitem a manutenção da sua saúde ou controlar alguma doença. No âmbito das relações sociais cultivam os

laços com a família, amigos e vizinhos, através de um padrão de interações frequentes. Mantêm-se socialmente ativos, integrando-se em grupos onde desenvolvem atividades de interesse e convivem com outras pessoas. Participam em atividades ligadas à Igreja, frequentam universidades sénior, ginásios e mesmo centros de dia onde por vezes criam laços afetivos que comparam aos que têm com a família. No âmbito da espiritualidade, procuram ajudar os outros, particularmente familiares mas também os da sua idade mais vulneráveis, permitindo-lhes continuar a olhar para a vida com sentido. Encontram na oração um meio de diálogo com Deus a quem pedem força para lidar com os problemas e dificuldades, proteção para a família, paz espiritual e a Ele confiam e entregam a sua vida e a daqueles que lhes são próximos. Vivenciam a sua espiritualidade através da participação em cerimónias religiosas, quando ainda têm saúde.

Os *Independentes* apresentam deste modo um **perfil de saúde resiliente**, preferindo focar-se nas suas forças e não nas suas fraquezas o que lhes permite lidar com sucesso com as circunstâncias adversas, apresentando como atributos protetivos de maior resiliência nesta idade um bom suporte familiar, uma boa rede de amigos e de relações de confiança e uma boa integração na comunidade.

Quanto aos *Resignados*, olham para a condição de viver sozinho depois dos 80, com resignação por não quererem interferir na vida dos filhos nem incomodar, uma vez que estes revelam ter outras prioridades nas suas vidas que não incluem ter o (a) progenitor (a) em sua casa .

Têm falta de autoconfiança e por isso revelam-se inseguros na hora de decidir e viver de acordo com as suas regras e preferências, dependendo da opinião dos filhos ou daqueles em quem confiam para tomar decisões.

Revelam uma aceitação conformada da ajuda insuficiente que consideram ter dos filhos. Aquilo que idealizam seria viver com um deles mas conformam-se em estar sós, tendo no entanto uma perceção do suporte familiar sempre insuficiente. Sofrem de solidão tendendo a desculpabilizar os filhos pela falta de companhia. Aceitam com resignação a sua ajuda quando os problemas surgem, procurando com afínco não os incomodar com os seus problemas de saúde. Cultivam as relações com pessoas amigas e vizinhos mas podem também isolar-se devido à tristeza em que vivem.

Consideram a saúde como condição determinante para permanecerem a viver sozinhos, sem a ajuda que gostariam de ter dos filhos, para assim não os sobrecarregarem. Quando a saúde falta, olham como uma inevitabilidade da idade avançada e de forma conformada para a ajuda insuficiente dos filhos.

O desafio financeiro permite-lhes aceder a um leque mais alargado de recursos/estratégias no âmbito da assistência em saúde e de suporte às suas perdas funcionais, prolongando assim a possibilidade de se manterem nas suas casas, não sobrecarregando os filhos cujo suporte que disponibilizam percecionam como insuficiente. Quando a situação financeira não é suficiente para fazer face às despesas, revelam-se incapazes de pedir ajuda.

A fé contribui para que se conformem em viver sós, procurando nela a força para lidar com os problemas e dificuldades com que se deparam. A confiança em Deus e o que a mesma possibilita assume contornos semelhantes aqueles que emergiram nos *Independentes*, bem como o encontro de um propósito e ações significativas continuando a ter objetivos. Os valores transcendentais que experienciam são a gratidão quando ainda têm saúde e autonomia e o amor pelos seus familiares (particularmente os filhos).

Quanto às estratégias que adotam para se manterem a viver sozinhos depois dos 80, têm como principal objetivo não sobrecarregar os filhos com os seus problemas de saúde. No âmbito da saúde adotam em tudo estratégias semelhantes à dos *Independentes*. No que diz respeito as relações sociais importam-se em fazê-las perdurar e manter, cultivando os laços sociais com a família, amigos e vizinhos. Quando existem conflitos familiares procuram apaziguar a mágoa e resolver o conflito no sentido da manutenção da relação familiar. Quando não se isolam, procuram manter-se ativos socialmente, saindo de casa para interagir com os vizinhos e amigos, uma vez que os filhos têm vidas mais distantes da deles. No âmbito da espiritualidade, adotam também nesta área estratégias semelhantes às dos *Independentes*, embora a ajuda aos outros que lhes permite continuar a olhar para a vida com sentido, se restrinja à família.

Os *Resignados* apresentam deste modo um **perfil de saúde vulnerável**, uma vez que lhes falta um dos atributos protetivos mais importantes de maior resiliência nesta idade: a qualidade das relações de confiança com a família que como

compreendemos está comprometida e é evidenciada pela percepção de suporte familiar insuficiente.

Por último, os *Amargurados* olham para a condição de viver sozinho depois dos 80, como uma inevitabilidade por se encontrarem sós no mundo.

Apresentam já uma perda total da autonomia, estando incapazes de tomar decisões e por isso abandonam-se à ajuda pouco estruturada que possam obter. Revelam assim uma atitude negativa face à vida expressando revolta, medo e inconformismo.

Vivem isolados socialmente sem o suporte familiar adequado à sua condição de doença e pobreza e por isso sentem-se tristes, abandonados e sofrem de solidão. Sobrevivem com a ajuda de vizinhos, amigos, benfeitores ou de instituições sociais ou da igreja.

São doentes, dependentes e vivem sem qualidade de vida estando mesmo comprometida a manutenção de uma vida independente. Encaram a falta de saúde como uma fatalidade e lamentam que a sua percepção de saúde frágil seja desvalorizada pelos profissionais de saúde.

São doentes, mas também são pobres, subsistindo com grandes dificuldades, estando impossibilitados de aceder a estratégias/recursos para assegurar os cuidados adequados à situação de precariedade em que se encontram tornando-se assim mais doentes.

Colocam nas mãos de Deus aquilo que já não conseguem fazer, aliviando assim a incerteza do futuro, os medos e o sofrimento. A perda da autonomia e a dependência pode confrontá-los com a perda de sentido para a vida, contando com Deus para que lhes abrevie o fim.

Incapazes de desenvolver estratégias para se manterem a viver sozinhos depois dos 80, adotam uma atitude de negligência e de abandono face aos problemas de saúde que enfrentam e quanto à sua vigilância, a qual é assegurada pelo médico de família que se desloca ao seu domicílio, uma vez que se encontram incapazes de sair de casa. Procuram gerir a sua pequena reforma dando prioridade aos gastos com medicamentos. Vivem também despojados de estratégias que os mantenham em relação com os outros, tornando-se ainda mais vulneráveis, podendo mesmo optar por votar-se ao isolamento social. No âmbito da espiritualidade estão impossibilitados de encontrar

um propósito e ações significativas como ajudar os outros, dada a precariedade e perda de autonomia que vivenciam, encontrando deste modo na oração, o único meio de diálogo com Deus que os faz sentirem-se menos sós, abandonando-Lhe as suas vidas e pedindo-Lhe que os acompanhe nos graves problemas e dificuldades e lhes dê uma morte sem sofrimento.

Os *Amargurados* apresentam um **perfil de saúde de grande vulnerabilidade**, uma vez que vivem com inúmeros problemas de saúde que os tornam dependentes, têm um acesso limitado a recursos económicos, estão sós no mundo e por isso falham vários atributos protetivos considerados fundamentais para fazerem face aos eventos adversos nomeadamente a qualidade das relações e ainda a integração na comunidade.

A tabela seguinte ilustra a sistematização que fizemos das três atitudes face à vida de quem envelhece só depois dos 80, em torno das condições contextuais, das condições influenciadoras e ainda das estratégias adotadas (Tabela 15).



ENVELHECER SÓ DEPOIS DOS 80				
PRÉ-CONDIÇÃO		INDEPENDENTES	RESIGNADOS	AMARGURADOS
CONDIÇÕES INFLUENCIADORAS		Opção norteada pela valorização da independência.	Quando a família tem outras prioridades e não querem interferir na vida dos filhos nem incomodar.	Inevitabilidade por se encontrarem sós no mundo.
	Autonomia e Características pessoais	Autónomos. Características pessoais: determinados, organizados, positivos, autossuficientes e aceitam a sua condição.	Falta de autoconfiança, revelando-se inseguros na hora de decidir.	Perda total da autonomia e incapazes de tomar decisões. Abandonam-se à ajuda pouco estruturada que possam obter. Atitude negativa face à vida: revolta, medo e inconformismo.
	Suporte Familiar	Vivem satisfeitos com o suporte familiar e confiam na rede familiar de suporte.	Idealizam viver com um dos filhos, conformam-se em viver sós com percepção do suporte familiar insuficiente. Sofrem de solidão tendendo a desculpabilizar os filhos pela falta de companhia. Cultivam relações com pessoas amigas e vizinhos ou isolam-se.	Vivem isolados socialmente sem o suporte familiar adequado à sua condição de doença e pobreza. Sentem-se tristes, abandonados e sofrem de solidão.
	Estado de Saúde	A saúde como condição determinante para a manutenção de vida independente. Uma vida com a saúde gera gratidão, aceitação do futuro e manutenção do sentido da vida. Olhar positivo relativamente à recuperação dos problemas de saúde.	A saúde como condição determinante para viverem sós, sem a ajuda dos filhos, para não os sobrecarregarem. Quando a saúde falta, olham como inevitabilidade da idade avançada e conformadamente para a ajuda insuficiente dos filhos.	São doentes, dependentes e vivem sem qualidade de vida estando mesmo comprometida a manutenção de uma vida independente. Encaram a falta de saúde como uma fatalidade.
	Situação Financeira	O desafogo financeiro permite acesso a leque de recursos/estratégias e manutenção de uma vida independente. Quando a situação financeira não é suficiente para fazer face às despesas, aceitam ajuda.	O desafogo financeiro permite acesso a um leque mais alargado de recursos/estratégias, não sobrecarregando os filhos. Quando a situação financeira não é suficiente para fazer face às despesas, revelam-se incapazes de pedir ajuda.	São doentes, mas também são pobres, sem acesso a recursos para assegurar os cuidados adequados à situação de precariedade em que se encontram.
	Espiritualidade	A fé contribui para lidar com os problemas e dificuldades e o encontro de um propósito. Confiam em Deus Valores transcendentais: estar em paz, valorizar a vida, gratidão e amar.	A fé contribui para que se conformem em viver sós e o encontro de um propósito. Confiam em Deus. Valores transcendentais: gratidão quando ainda têm saúde e o amor pelos seus familiares.	Colocam nas mãos de Deus aquilo que já não conseguem fazer. A perda da autonomia e a dependência confronta-os com a perda de sentido para a vida, contando com Deus para que lhes abrevie o fim.
ESTRATÉGIAS	Âmbito da Saúde	Estilo de vida saudável com o objetivo de manutenção de vida independente. Gerem as finanças para aceder a estratégias que possibilitem a manutenção da saúde/controlo de doenças.	Idênticas às dos Independentes mas com objetivo de não sobrecarregar os filhos com os seus problemas de saúde.	Atitude de negligência e de abandono face aos problemas que enfrentam. Gerem a sua pequena reforma dando prioridade aos gastos com medicamentos.
	Âmbito das Relações Sociais	Cultivam os laços. Mantêm-se socialmente ativos. Integram grupos.	Cultivam laços com a família, amigos e vizinhos. Resolvem conflitos familiares. Combatem o isolamento dos filhos através da interação com os vizinhos e amigos.	Despojados de estratégias que os mantenham em relação com os outros, podendo mesmo optar por votar-se ao isolamento social.
	Âmbito da Espiritualidade	Ajudam os outros (familiares e os mais vulneráveis). Encontram na oração um meio de diálogo com Deus Participam em cerimónias religiosas (se têm saúde).	Idênticas às dos Independentes, embora restrinjam a ajuda à família.	Não encontram um propósito e ações significativas, dada a perda de autonomia. Encontram na oração, o meio de diálogo com Deus, abandonando-Lhe as suas vidas (problemas e morte).

Tabela 15 - Sistematização das atitudes face à vida depois dos 80 em torno das condições contextuais, condições influenciadoras e estratégias adotadas.

Podemos neste momento perceber que uma área sensível deste processo com implicações para a enfermagem está relacionada desde logo com a transição para uma vida a sós depois da desagregação familiar, que exige uma adaptação a esta condição e à qual os enfermeiros deverão estar atentos mas evitando que a sua perceção se baseie apenas neste “arranjo familiar” mas tenha também em consideração que em situações de vulnerabilidade poderá ser necessário apoio, mas também é possível viver com grande satisfação este período da vida, como concluiu Eshbaugh (2008) no seu estudo exploratório acerca das perceções das mulheres idosas a viverem sozinhas, sugerindo uma avaliação minuciosa para assim distinguir umas das outras (Eshbaugh, 2008). Neste sentido, pensamos ser necessário futuramente desenvolver um instrumento de avaliação com base nas preposições emergentes relativas às três atitudes face à vida depois dos 80, que garanta uma avaliação individualizada com uso de ferramentas de triagem padronizadas que permita identificar a atitude predominante de quem é alvo dos nossos cuidados para assim determinar se o idoso pode permanecer em casa num ambiente de vida independente ou numa situação de vida alternativa, com base no respeito à autodeterminação do indivíduo e nos resultados da avaliação dos recursos físicos, cognitivos e sociais. Murray, et al., (2013) sugerem que esta avaliação deve ser sempre guiada por uma abordagem que deve ser colaborativa, devendo também ser envolvida nesta decisão a família, a quem deve ser comunicada de forma clara e adequada a decisão, podendo os enfermeiros da prática avançada ter um papel valioso como educadores mas também como representantes das escolhas dos idosos, para o seu futuro (Murray, et al., 2013).

Sem dúvida que o aumento do conhecimento e da tecnologia trouxe para o campo da saúde novos métodos para controlo da vida humana, da morte e do prolongar a vida o que significa que os profissionais têm atualmente novas responsabilidades, que requerem uma tomada de decisão participativa acerca da vida, saúde e habilidade funcional de outra pessoa, para que assim corresponda aos seus diversos papéis (King, et al., 1999).

Partindo deste pressuposto de abordagem colaborativa, entendemos que a Teoria da Consecução dos Objetivos de Imogene King pode ser adequada para nortear este cuidado, uma vez que denota uma consciência da complexa dinâmica do comportamento do ser humano na grande diversidade dos ambientes sociais. Por outro lado é considerado que a sua aplicação a populações vulneráveis se justifica porque é

no sistema interpessoal enfermeira-cliente que o processo de enfermagem é executado. Uma suposição subjacente a este processo de interação é a do comportamento reciprocamente contingente em que o comportamento de uma pessoa influencia o comportamento do outro e vice-versa (Erci, 2012).

Deste modo, King formulou uma estrutura conceptual a partir de um foco central: o alcance dos objetivos de saúde para o cliente, que considera só poder acontecer através da interação e transação entre enfermeiro-cliente, numa organização formada pelos sistemas pessoal, interpessoal e social, baseando-se o estabelecimento de um objetivo mútuo (enfermeiro-cliente), a) na apreciação efetuada pelo enfermeiro acerca das preocupações e problemas de saúde do cliente; b) nas percepções do enfermeiro e cliente sobre a interferência e c) na partilha da informação para ajudar o cliente a atingir os objetivos identificados (King, 1981; Erci, 2012; Sielof, 2004).

Imogenes King entende assim a Enfermagem como *“um processo de ação, reação interação e transação, através do qual o enfermeiro auxilia o indivíduo de qualquer idade e grupo socioeconómico, a conhecer as suas necessidades básicas na realização das suas atividades de vida diárias, para lidar com a saúde e doença em situações particulares do ciclo de vida”* (King, 1971), onde o enfermeiro e o cliente compartilham objetivos, problemas e preocupações específicos e exploram significados de alcançar um objetivo e cuja meta final é ajudar a pessoa a preservar a sua saúde de forma a poder desempenhar as suas funções (Erci, 2012). Trata-se pois de um modelo que pode adequar-se ao cuidado desenvolvido aos indivíduos não apenas em contexto hospitalar mas também no ambulatório e comunidade, como é o caso do contexto a que diz respeito o presente estudo, ajudando desta forma a repensar o cuidado, colocando-o ao lado do indivíduo e não da doença e pondo em ação novas lógicas que assentam na interdependência e não na hierarquização multiprofissional.

Também os pressupostos relativos à Pessoa apresentados no modelo teórico de King, foram na sua maioria evidenciados nos resultados do nosso estudo e que passamos a apresentar: os indivíduos são seres espirituais; sociais, têm capacidade para pensar, conhecer, fazer escolhas e selecionar vias de ação alternativas; têm capacidade de registar a sua história e preservar a sua cultura através da sua língua e de outros símbolos; são sistemas abertos em transação com o ambiente; são únicos e holísticos, de valor intrínseco e capazes de pensamento racional e de tomada de decisão na maior parte das situações; diferem nas suas necessidades, desejos e objetivos; os valores são

a base dos objetivos de cada pessoa; questionam, procuram respostas, identificam problemas e buscam soluções; habitualmente têm o desejo de preservar a vida, evitar a dor, satisfazer desejos, garantir a sua segurança e desempenhar as suas AVD; as pessoas e os recursos financeiros são os principais recursos para a alcançarem os seus objetivos (King, 1981; Fawcett, 2006; Sielof, 2004; Wills, 2014). Com base nestes pressupostos, facilmente compreendemos que alguns deles terão de ser tomados em consideração na abordagem que se implica diferente nas três atitudes face à vida de quem envelhece só depois dos 80, já que a capacidade de fazer escolhas e de selecionar vias de ação alternativas está claramente comprometida para os *Amargurados*.

É também nossa convicção que a interação enfermeiro-cliente (indivíduo que envelhece só depois dos 80) deverá assentar nos pressupostos apresentados por King: 1) as perceções do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação; 2) os objetivos, necessidades e valores do enfermeiro e do cliente influenciam o processo de interação; 3) os indivíduos e famílias têm direito ao conhecimento sobre a sua saúde; 4) os profissionais de saúde têm a responsabilidade de partilhar informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões informadas sobre a sua saúde; 5) os indivíduos e famílias têm o direito de participar nas decisões que influenciem a sua vida, saúde e serviços comunitários; 6) os indivíduos e famílias têm o direito de aceitar ou rejeitar cuidados; 7) os objetivos dos profissionais de saúde e dos destinatários de cuidados de saúde podem ser incongruentes; 8) os profissionais de saúde têm a responsabilidade de reunir informações relevantes sobre as perceções do cliente para que os seus objetivos e os objetivos do cliente sejam congruentes; 9) enfermeiro e cliente são capazes de interagir para estabelecer metas mútuas e concordar com a inclusão de membros da família nesta relação (King, 1981; Fawcett, 2006; Wills, 2014). Sendo assim, esta interação enfermeiro-indivíduo que envelhece só depois dos 80, deverá sempre incluir também as famílias ou cuidadores quando existem, para que desta forma, o estabelecimento de metas mútuas seja no sentido da congruência e levando desta forma a transações direcionadas a objetivos em que a transação ocorrerá se a precisão preceptiva estiver presente nas interações enfermeiro-cliente. Desta forma, quando a transação acontece, os objetivos traçados serão alcançados e a satisfação ocorrerá bem como um atendimento de enfermagem efetivo.

Importante será ainda considerar que se for experienciado conflito de papel pelo enfermeiro, cliente ou ambos, ocorrerá *stress* nas interações enfermeiro-cliente.

Sendo assim, as transações deverão ser feitas com base em interações enfermeiro-cliente, em que o crescimento e desenvolvimento seja aprimorado e em que as expectativas relativas ao papel e desempenho do papel percebidas pelo enfermeiro e cliente sejam congruentes, devendo os enfermeiros com conhecimentos e habilidades especiais comunicar informações aos clientes para que a definição de metas mútuas e a realização de metas ocorra (King, 1981; Wills, 2014).

Imogene King sustenta pois a sua teoria na forma de hipóteses sobre sistemas abertos, seres humanos e interações enfermeiro-cliente, crenças sobre enfermagem e proposições sobre enfermagem, em que realçamos as afirmações filosóficas em que assenta que indicam a valorização da participação do cliente na enfermagem, o direito do cliente de aceitar ou rejeitar os serviços oferecidos por enfermeiros e outros profissionais de saúde e também a percepção do enfermeiro e do cliente sobre qualquer situação (King, 1981). Além disso, King introduziu a necessidade de consideração de questões éticas, incluindo a compreensão do sistema de valores do cliente e da família, na componente de metas mútuas no processo interação-transação, bem como ser uma característica central deste processo a participação do enfermeiro e cliente na definição de metas e determinação dos meios para alcançar os objetivos (Fawcett, 2006).

Reforçamos assim o valor de uma avaliação individualizada que permita identificar a atitude face à vida predominante de quem é alvo dos cuidados de enfermagem para assim determinar se estes idosos são capazes de permanecer a viver sozinhos em segurança depois dos 80 anos e assim adequar uma intervenção de modo a preservar a autonomia daqueles que são capazes de se proteger e intervir junto daqueles que não o podem fazer (Dyer, et al., 2007).

Sendo assim, a identificação de uma atitude face à vida dos *Independentes* confronta os Enfermeiros com um olhar para a condição de viver sozinho depois dos 80, como uma opção norteadada pela valorização da independência, sendo autónomos na tomada de decisões, vivem satisfeitos com o suporte familiar que têm e consideram a saúde como condição determinante para a manutenção de vida independente. A fé contribui para manutenção de uma vida independente que os realiza e sua espiritualidade possibilita ainda o encontro de um propósito e ações significativas continuando a ter objetivos. Adotam assim estratégias para se manterem a viver sozinhos com o grande objetivo de manter uma vida independente bem-sucedida. No âmbito da saúde procuram adotar um estilo de vida saudável, preservar a capacidade

intelectual e a funcionalidade, das finanças procuram geri-las para aceder a estratégias que possibilitem a manutenção da sua saúde ou controlar alguma doença, das relações sociais cultivam os laços com a família, amigos e vizinhos e procuram manter-se socialmente ativos.

Voltando novamente ao modelo teórico de Imogenes King, que inclui a compreensão do sistema de valores do cliente e da família, na componente de metas mútuas e a participação do enfermeiro e cliente na definição destas metas e determinação dos meios para alcançar os objetivos, consideramos fulcral no atendimento a estes idosos, o *Estabelecimento de metas mútuas*, definida como a “colaboração com o indivíduo para identificar e priorizar metas de cuidado, desenvolvendo um plano para o seu alcance” (Bulechek, et al., 2010 p. 529), para desta forma manter pelo maior tempo possível a autonomia e independência nos *Independentes*. Será pois importante encorajar a identificação dos valores específicos para a sua vida que serão determinantes para o desenvolvimento de expectativas realistas para si mesmos no âmbito da saúde, das relações sociais, situação financeira e ainda da espiritualidade. Poderão assim ser identificadas metas realistas e passíveis de serem alcançadas, ajudando quando necessário a identificar os recursos disponíveis e formas para melhor as alcançar, procedendo à reavaliação das metas e plano conforme apropriado. Desta forma procuraremos ir de encontro às recomendações decorrentes do estudo de caso desenvolvido nos EUA por Pierini, et al. (2009) com o objetivo de entender o que é ser uma mulher com mais de 85 anos que vive sozinha na comunidade, referindo existir uma oportunidade para a enfermagem de tornar-se líder na promoção da saúde daqueles que vivem sozinhos na comunidade com idade já avançada, de maneira a melhorar a qualidade de vida e diminuir a probabilidade de internamentos hospitalares e de cuidados domiciliários (Pierini, et al., 2009).

A identificação de uma atitude face à vida dos *Resignados* pode confrontar o enfermeiro com um perfil de saúde de vulnerabilidade, uma vez que estes idosos percecionam um suporte familiar insuficiente que gera neles tristeza e por vezes experiência de solidão, tendendo mesmo em algumas situações a isolarem-se socialmente. Para estes idosos pode ser identificado o diagnóstico de enfermagem *processos familiares disfuncionais* com evidência a partir dos nossos resultados de características definidoras como sentir-se incompreendido, emoções reprimidas, insatisfação, medo, solidão, isolamento social e vulnerabilidade. Recuperando o

conceito de resiliência anteriormente apresentado, designada a capacidade do indivíduo para recuperar ou lidar com sucesso apesar de circunstâncias adversas, em que é considerado funcionarem como atributos protetivos de maior resiliência nos idosos, a qualidade das relações e a integração na comunidade (Chesnay, et al., 2012) e porque nestes idosos a qualidade das relações está comprometida, consideramos assim poder identificar-se o diagnóstico de enfermagem *risco de resiliência comprometida*, definido como a “*vulnerabilidade à redução da capacidade de manter um padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa que pode comprometer a saúde*” (NANDA-I, 2015 p. 336) que pode ter como fator relacionado múltiplas situações adversas coexistentes, sendo aquela que se evidenciou de um modo particular nos nossos dados, a percepção de um suporte familiar insuficiente.

O que ressalta no perfil dos *Resignados*, é a percepção de um suporte familiar que não corresponde às expectativas do idoso que vive só depois dos 80, olhando para ele com resignação por não quererem interferir na vida dos filhos nem incomodar e que assim exige a *Mobilização familiar*, intervenção de enfermagem definida como a “*utilização dos pontos fortes da família para influenciar a saúde do indivíduo numa direção positiva*” (Bulechek, et al., 2010 p. 393), procurando estabelecer uma relação de confiança com a família e ouvir os seus membros, identificar os seus pontos fortes e os recursos em cada membro para assim ajudar a identificar os recursos que possam ser usados para melhorar a qualidade da relação e deste modo fortalecer quando necessário a tomada de decisão conjunta relativa a objetivos e planos a implementar para melhorar a condição de saúde do seu familiar que vive sozinho com idade avançada, uma vez que estes idosos têm falta de autoconfiança e revelam-se inseguros na hora de decidir e viver de acordo com as suas regras e preferências, dependendo da opinião dos filhos ou daqueles em quem confiam para tomar decisões. Consideramos também que esta intervenção de enfermagem pode ser potenciada pela *Promoção da capacidade de resiliência*, definida como a “*assistência a indivíduos, famílias e comunidades para o desenvolvimento, uso e fortalecimento de fatores pró-ativos a serem usados no enfrentamento de stressores ambientais e sociais*” e que contempla atividades como facilitar a coesão da família, encorajar o seu apoio e envolvimento nas atividades do seu familiar idoso que vive sozinho, encorajar comportamentos positivos de busca de saúde e ajudar a desenvolver otimismo quanto ao futuro para que assim seja recuperada nestes idosos a confiança na ajuda por parte dos seus familiares,

que como vimos anteriormente, procuram não incomodar com os seus problemas de saúde para não os sobrecarregar.

Consideramos ainda fulcral no atendimento a estes idosos, o *Estabelecimento de metas mútuas*, uma vez que o seu olhar para a condição de saúde é também de conformação relativamente à pouca ajuda que consideram ter por parte da família e quando a mesma falta como uma inevitabilidade da idade avançada. Importa assim, envolver neste plano, também os familiares importantes para eles, de modo a desenvolverem expectativas realistas para si mesmos ao desempenharem os seus papéis, a partir da identificação dos seus pontos positivos e capacidades e dos seus problemas para que deste modo possam identificar metas realistas e passíveis de serem alcançadas com a ajuda dos seus familiares.

Quando a avaliação permite identificar uma atitude face à vida dos *Amargurados* podemos confrontar-nos novamente com um perfil de saúde de vulnerabilidade, que pressupõe a avaliação dos problemas e preocupações destes idosos bem como dos seus objetivos de saúde, para que possam assim ser discutidas possibilidades futuras. Deste modo e a partir dos resultados do estudo, elencamos seguidamente alguns diagnósticos de enfermagem que poderão ser identificados.

Compreendemos que os *Amargurados* são doentes, pobres e estão sós no mundo, estando por isso comprometidos diversos domínios da saúde que nos poderão levar a identificar o *Síndrome do idoso frágil*, definido como “*o estado dinâmico de equilíbrio instável que afeta o idoso que passa por deterioração em um ou mais de um domínio de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e leva a aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular a incapacidade*” (NANDA-I, 2015 p. 144), e que como vimos a partir dos dados relativos aos *Amargurados*, pode ter como características definidoras a mobilidade física e deambulação prejudicadas; o deficit no autocuidado; a nutrição desequilibrada; a fadiga mas também o isolamento social bem como a falta de esperança.

Em termos de comportamento de saúde, foi evidenciado que os *Amargurados* se abandonam à ajuda pouco estruturada que possam obter, adotando um *Comportamento de saúde propenso a risco*, definido como a “*capacidade prejudicada de modificar estilo de vida/comportamento de forma a melhorar o estado de saúde*” (NANDA-I, 2015 p. 137), podendo estar relacionado com fatores diversos como a baixa



autoeficácia, a desvantagem económica e o apoio social insuficiente e tendo como características a não-aceitação da mudança no estado de saúde e a falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde.

No âmbito da dimensão social, os *Amargurados* estão sós no mundo, muitas vezes por vivenciarem *Processos familiares disfuncionais*, diagnóstico de enfermagem definido como “*Funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar que estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência à mudança, à resolução ineficaz de problemas e a série de crises que se autopetpetuam*” (NANDA-I, 2015 p. 279), podendo ter como características comportamentais a culpabilização e o isolamento e a expressão de sentimentos de abandono, culpa, emoções reprimidas, insatisfação, medo, sentir que não é amado, sentir-se incompreendido, solidão e vulnerabilidade.

Percebemos ainda que este perfil de vulnerabilidade causa nestes idosos *Sofrimento espiritual*, definido como o “*estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um ser maior*” (NANDA-I, 2015 p. 358) caracterizado pelo questionamento do sentido da vida, por uma aceitação inadequada que se traduz mesmo pelo inconformismo e novamente pela sensação de não ser amado e sentimento de abandono que provoca neles uma atitude negativa face à vida com expressões de medo e revolta, podendo estar relacionado com fatores evidenciados nos dados como a doença, dor; exposição à morte e solidão.

Os *Amargurados* apresentam ainda uma *Tomada de decisão emancipada prejudicada*, definida como o “*processo de escolha de uma decisão sobre cuidados de saúde que não incluiu conhecimento pessoal e/ou consideração de normas sociais, ou não ocorre em ambiente flexível, resultando em insatisfação com a decisão*” (NANDA-I, 2015 p. 353) a qual pode estar relacionada com uma experiência limitada de tomada de decisão mas que neste estudo se evidencia particularmente relacionada com a total perda de autonomia que os incapacita de tomar decisões.

Estes diagnósticos de enfermagem apontam para um comprometimento destes idosos permanecerem a viver sozinhos em segurança, uma vez que já não têm capacidade para melhorar o seu estilo de vida porque estão doentes, são pobres, estão sós e em sofrimento espiritual, o que exige uma intervenção de *Apoio à tomada de*

*decisão*, definida como o “*Fornecimento de informações e apoio quando está ser tomada uma decisão sobre cuidados de saúde*” (Bulechek, et al., 2010 p. 262), para desta forma auxiliar a esclarecer valores e expectativas que podem ser úteis para tomar uma decisão que possa perspetivar uma solução alternativa importante na vida destas pessoas, nomeadamente a sua referenciação para um Lar Social. Deverão pois ser informados acerca dos pontos de vista ou soluções alternativas de forma clara, ajudando-os a identificar as vantagens e desvantagens de cada alternativa, para assim facilitar a tomada de decisão conjunta em que seja considerado o respeito pelo direito do indivíduo em querer receber ou não informações. Nesta intervenção será crucial auxilia-lo a reconhecer expectativas realistas para si mesmo e a reconhecer o seu problema de acordo com o seu sistema de crenças e valores, para assim investigar conjuntamente formas de concretização da solução alternativa, auxiliando na avaliação dos recursos disponíveis. O estudo referido atrás de Pierini, et al. (2009), refere que durante o processo de entrevista a mulheres com mais de 85 anos a viverem sozinhas na comunidade, as participantes do estudo chegaram a uma nova decisão sobre os seus planos para o futuro como resultado de falar e pensar através das suas escolhas (Pierini, et al., 2009).

Nas situações em que os *Amargurados* se encontram sós por processos familiares disfuncionais, relacionados com conflitos, será também importante servir de ligação entre o idoso e a família ajudando-o a explicar a sua decisão e procurando a *mediação de conflitos* através da facilitação do diálogo construtivo entre as partes oponentes com o objetivo de resolução das controvérsias de forma mutuamente aceitável, providenciando um ambiente neutro para o diálogo, permitindo que as partes possam manifestar as suas preocupações pessoais, oferecendo orientação ao longo do processo, mantendo uma posição neutra, facilitando a definição de questões e ajudando as partes a identificar possíveis soluções, facilitando a procura de resultados aceitáveis para ambos e apoiando as tentativas dos participantes para fortalecer a resolução.

Percebemos também que os *Amargurados* face à precariedade que vivem pela perda da autonomia e dependência de outros, são confrontados com a perda de sentido para a vida, colocam nas mãos de Deus aquilo que já não conseguem fazer, aliviando assim a incerteza do futuro, os medos e o sofrimento e contando com Deus para que lhes abrevie o fim. Experimentam assim *Sofrimento Espiritual*, definido como o “*estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar*

*significado na vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um ser maior*” (NANDA-I, 2015 p. 358) caracterizado a partir dos nossos resultados pela perda de sentido da vida; aceitação inadequada, sensação de não ser amado; sentimento de abandono, relacionado com o facto de ser doente e estar só no mundo. Este *Sofrimento Espiritual* pode fazer-se acompanhar de outros estados subjetivos como a *Desesperança*, em que o indivíduo “*vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias a seu favor*” (NANDA-I, 2015 p. 256) e relacionada com a deterioração da condição física com implicação na restrição prolongada da atividade mas também com história de abandono e de isolamento social.

Para fazer face a estes estados e às dificuldades espirituais inerentes a este processo, propomos como intervenção de enfermagem o *Apoio Espiritual*, considerado a “*assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior*” (Bulechek, et al., 2010 p. 371). Este tipo de assistência implica que os enfermeiros identifiquem necessidades espirituais e intervenham em conformidade de uma forma eficaz. A sua identificação poderá no entanto ser facilitada, se existir uma atmosfera de apoio e aceitação, em que o utente é cuidado com dignidade e sente respeito pelas suas dificuldades espirituais, pelo que será fundamental que o enfermeiro utilize uma comunicação terapêutica para estabelecer confiança e demonstrar empatia. É também importante a utilização de escalas para monitorizar e avaliar o Bem-Estar Espiritual se for adequado, sendo necessário para isso que o enfermeiro esteja preparado para avaliar a expressão subtil das necessidades espirituais expressas pelo indivíduo, muitas vezes de forma subjetiva e no decurso das interações que ocorrem durante o atendimento. Percebemos a partir dos dados que são comuns expressões de preocupação, de solidão, de impotência, de sentir-se doente, devendo o enfermeiro manifestar abertura para ouvir os seus sentimentos e ao mesmo transmitir empatia pelos mesmos. Inclusivamente poderá tornar-se necessário estar disponível para ouvir sentimentos individuais acerca da doença e morte, como a revolta, assegurando simultaneamente disponibilidade para apoiar nos momentos de sofrimento. Este acompanhamento poderá ainda beneficiar com a partilha por parte do enfermeiro, da sua perspetiva espiritual nomeadamente no que diz respeito ao sentido e propósito da vida, o que implica necessariamente que o enfermeiro consciencialize a sua própria espiritualidade. Vimos também o quanto são importantes os recursos

espirituais como a oração para alívio do sofrimento, a qual deve por isso ser encorajada.

Outra intervenção de enfermagem para fazer face ao *Sofrimento Espiritual* mas também à *Desesperança* será a *Promoção da Esperança* definida como a “*melhoria da crença na própria capacidade de iniciar e manter ações*” (Bulechek, et al., 2010 p. 370), sendo algumas das atividades a desenvolver para esta intervenção as que já abordamos relativas ao *Apoio Espiritual* pelo que nos debruçaremos apenas nas demais ainda não referidas. Será assim fulcral auxiliar o indivíduo a identificar razões de esperança na vida, ajudando no reconhecimento da realidade, evitando mascarar a verdade mas demonstrando esperança, através do reconhecimento do valor intrínseco do indivíduo e a visão da sua doença como apenas um aspeto de si mesmo. Consideramos também que esta intervenção pode ser um complemento importante aquando do *Apoio à tomada de decisão* em que auxiliamos a esclarecer valores e expectativas que podem ser úteis para tomar uma decisão que possa perspetivar uma solução alternativa importante na vida destas pessoas, nomeadamente a sua referenciação para um Lar Social como já dissemos atrás, ajudando assim a estabelecer e rever metas relacionadas com o redimensionamento de um novo objeto de esperança.

Propomo-nos ainda apresentar as implicações para a enfermagem relativa aos problemas e preocupações emergentes da análise e discussão dos resultados que como vimos são na sua maioria transversais às três atitudes face à vida de quem envelhece só depois dos 80.

A *Mobilidade prejudicada* é o problema físico que emerge com mais evidência, e definido como a “*Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades*” (NANDA-I, 2015 p. 208), tendo como características definidoras alterações na marcha; desconforto; dificuldade em virar-se; instabilidade postural; redução da amplitude de movimentos e como fatores relacionados com este diagnóstico de enfermagem e evidenciados nos participantes deste estudo, alterações ósseas e articulares mas também a presença de úlceras varicosas, perda de equilíbrio, e intolerância à atividade, dor e ainda doenças do foro neurológico, como Parkinson, sendo ainda apontados na classificação outros como o desuso e estilo de vida sedentário. Importa desta forma uma intervenção de enfermagem na área da *Promoção do Exercício*, com uma prática de atividade física regular para assim manter o nível de aptidão física e de saúde, a qual implicará sempre

uma avaliação prévia da experiência anterior do indivíduo relativamente à sua prática, para depois determinar um programa em que o mesmo esteja implicado e para o qual esteja motivado, quando este ainda não existe (Bulechek, et al., 2010). Esta intervenção resultará não apenas numa melhoria da mobilidade mas consequentemente num melhor desempenho das tarefas diárias que como vimos, remetem para uma necessidade de maior ajuda por parte de outrem e por outro lado evitando o prejuízo da interação social por comprometimento da mobilidade.

A perda de funcionalidade é outra condicionante de saúde que emergiu fortemente, traduzida numa dificuldade no desempenho das atividades diárias e associada à mobilidade comprometida também relacionada com as perdas sensoriais tais como défices na visão, conduzindo à consciencialização da necessidade de maior ajuda para poderem manter-se a viver sozinhos em suas casas, depois dos 80. Levantam-se aqui dois diagnósticos de enfermagem: o *Défice de autocuidado*, em que é evidenciada uma capacidade prejudicada para realizar atividades como o banho, vestir-se, alimentação entre outras e a *Manutenção do lar prejudicada*, definido como a “*incapacidade de manter de forma independente, um ambiente seguro para promoção do crescimento*” e relacionado com esta condição funcional que causa impacto na capacidade de manutenção da casa (NANDA-I, 2015 p. 237). Também nesta área se impõe uma avaliação funcional e também da capacidade de autocuidado que possibilite o planeamento de uma intervenção de assistência adequada à incapacidade evidenciada.

As quedas são outro problema associado também à mobilidade prejudicada e que trazem com elas a preocupação com a situação de risco e vulnerabilidade a que ficam expostos se não tiverem alguém por perto para os socorrer, ou se da queda resultar alguma complicação de saúde que obrigue à institucionalização ou implique imobilidade que os torne mais dependentes, devendo por isso ser considerado o *Risco de quedas*, definido como a “*vulnerabilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, que pode causar dano físico e comprometer a saúde*” (NANDA-I, 2015 p. 388). Estão descritos diversos fatores associados a este risco, sobreponíveis àqueles que encontramos nos resultados deste estudo, nomeadamente a idade avançada, o facto de morar sozinho, a dificuldade na marcha e o uso de dispositivos auxiliares de marcha (Almeida, et al., 2010). A *Prevenção de Quedas* será a intervenção de enfermagem a considerar que obrigará a uma rigorosa avaliação individual prévia do risco de quedas

para depois poder ser planeada uma intervenção adequada em que sejam aplicadas *guidelines* que visem o controlo dos fatores de risco (Almeida, et al., 2010).

A dor é outro dos problemas que emerge nos nossos dados particularmente associada aos problemas músculo-esqueléticos (artroses) e também às úlceras varicosas e com consequências na mobilidade e funcionalidade. Trata-se pois na maioria das situações de uma *dor crónica*, definida como uma “*experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da Dor); início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que 3 meses*” (NANDA-I, 2015 p. 429). O controlo da dor pressupõe também a sua avaliação prévia, privilegiando o autorrelato relativamente a dados quanto à história de dor para que depois se possam planear cuidados que a aliviem ou reduzam a níveis considerados aceitáveis pelo indivíduo (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Alguns têm também uma alimentação inadequada, que se traduz na maioria das situações por uma ingestão de alimentos menor que a porção diária recomendada, que pode conduzir a uma *Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais*, definida como a “*ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas*” (NANDA-I, 2015 p. 157), particularmente relacionada no nosso estudo com a perda de funcionalidade, no que diz respeito a cozinhar que nalguns casos leva a optar pelo fornecimento das refeições por Instituições que as asseguram apenas nos dias úteis e uma única vez por dia, fazendo chegar a refeição para o jantar e fins de semana, ficando privados de refeições completas e adequadas por estes períodos. Quando têm patologias que exigem um ajuste em termos de dieta, alguns continuam a fazer uma alimentação inadequada por falta de conhecimento ou mesmo porque não têm a vontade suficiente para aderir a uma dieta apropriada. Também esta área merecerá a atenção de enfermagem, através de uma *Monitorização Nutricional* que permita a colheita e análise de dados para prevenir a desnutrição e possibilite o posterior *Aconselhamento Nutricional*, através da utilização de um processo interativo de ajuda com foco na necessidade de modificação da dieta (Bulechek, et al., 2010) .

Por último, emerge no âmbito dos problemas de saúde, um *Padrão de sono prejudicado*, definido como “*interrupções limitadas pelo tempo, da quantidade e*

*qualidade do sono*” (NANDA-I, 2015 p. 202) que associam à velhice, estando na sua maioria relacionado com fatores como problemas de eliminação urinária mas também pensamentos que não abandonam a mente, procurando solução para este problema com o uso de medicação prescrita por médicos da especialidade mas que nem sempre resulta. Será pois outra das áreas de atenção da enfermagem que implicará a necessidade de avaliar o padrão de sono e as circunstâncias que o interrompem para depois intervir para *Melhorar o Sono*, através de um plano que inclua medidas facilitadoras de ciclos regulares (Bulechek, et al., 2010).

Da análise dos dados emergiram também duas grandes preocupações relacionadas com a saúde e de certa forma transversais às três atitudes face à vida de quem envelhece só depois dos 80. A primeira prende-se com o agravamento do estado de saúde que possa comprometer a possibilidade de comunicar a alguém o sucedido, conduza à perda da autonomia e da funcionalidade e nas situações mais extremas à morte. A segunda prende-se com o final: a morte e o sofrimento.

Estas preocupações podem ter tradução no diagnóstico de enfermagem *Medo*, definido como a “*resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo*” (NANDA-I, 2015 p. 326) emergindo dos dados, relacionado particularmente com a imprevisibilidade que o agravamento ou instalação de uma doença ou acidente possam ter na área da funcionalidade e autonomia mas também com a impossibilidade de comunicar e poder ocorrer a morte. Consideramos que para responder a esta ameaça será importante considerar a disponibilização de tecnologias inteligentes disponíveis no mercado, que possam ser usadas para auxiliar estes idosos que se encontram sós em idade avançada, a viver uma vida mais agradável, independente, saudável e segura, tal como se conclui no estudo de campo realizado por Kamilaris, et al. (2015) com idosos em Singapura acerca da compreensão relativamente às atividades instrumentais de vida diárias e áreas de preocupação em que foram identificadas ações que podem representar riscos e portanto, exigir cuidado e assistência, sendo apresentadas com base nestes resultados várias possibilidades de tecnologias inteligentes e reforçada a importância da sua disponibilização (Kamilaris, et al., 2015).

Relativamente à preocupação com o final: a morte e o sofrimento, relacionada com a antecipação da dor e do sofrimento, deverá considerar-se o diagnóstico de enfermagem *Ansiedade relacionada à morte*, definido com a “*sensação desagradável*

*e vaga de desconforto ou receio, gerada por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência*” (NANDA-I, 2015 p. 313) e que se caracteriza no nosso estudo pelo medo do sofrimento, medo não da dor mas do sentir a morte e ainda medo do desconhecido relativamente ao processo de morrer.

O estudo já referido atrás realizado no Reino Unido por Lloyd-Williams M, (2007), para explorar como é percebido o problema em torno da morte, do morrer e do fim da vida das pessoas idosas que vivem na comunidade, demonstrou que estas questões são uma das suas grandes preocupações, mas raramente abordadas pelos profissionais, apontando como sugestão que também subscrevemos, a necessidade de ouvir e compreender os pontos de vista e as experiências deste grupo etário em relação aos cuidados de fim de vida para ser prestado um atendimento adequado centrado na pessoa. Propomos assim intervenções como *Escutar Ativamente*, através de uma atenção criteriosa e de atribuição de significado às mensagens transmitidas em torno destas questões, para que possa ser disponibilizado *Apoio Emocional* com oferta de tranquilidade, aceitação e encorajamento adequado (Bulechek, et al., 2010).

Para melhor visualizar as intervenções de enfermagem sugeridas, que tomaram por foco os problemas de enfermagem identificados relativamente ao processo de envelhecer sozinho depois dos 80, elaboramos o diagrama que a seguir apresentamos (Figura 11).



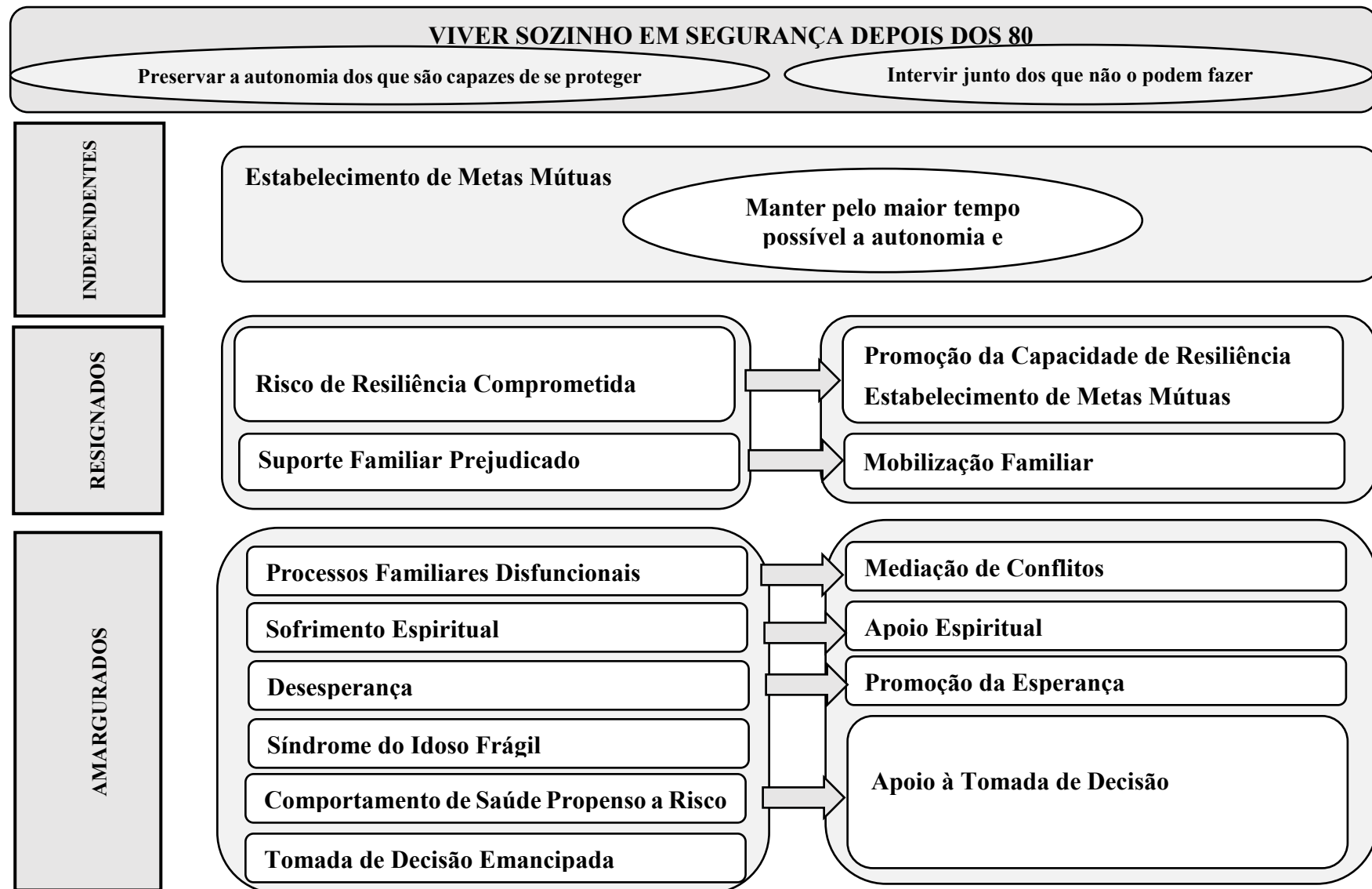


Figura 11- Atitudes face à vida depois dos 80: as implicações para a enfermagem



## CONCLUSÃO

O processo de viver sozinho depois dos 80 envelhecendo, é modulado por condições contextuais deste “arranjo familiar” e por condições influenciadoras que são por sua vez determinantes das estratégias adotadas, conducentes à manutenção da saúde e qualidade de vida pelo maior tempo possível, permitindo manterem-se a viver sós nas suas casas, emergindo da análise indutiva dos dados três atitudes diferentes face à vida depois dos 80: Os *Independentes*, os *Resignados* e os *Amargurados*, enquadradas em dois perfis de saúde: o vulnerável e o resiliente, uma vez que, apesar de apresentarem um risco acima da média de deterioração da saúde física, psicológica e social pela idade avançada que têm, nem todos são necessariamente vulneráveis, pois alguns deles preferem focar-se nas suas forças e não nas suas fraquezas, sendo por isso resilientes, lidando com sucesso com as circunstâncias adversas.

Compreendemos que o processo de envelhecer só depois dos 80 é contextualizado pela desagregação da família, que pode assumir diversos contornos que implicam uma decisão relativa a este “arranjo familiar”, novidade para alguns e nem tanto para outros, quando a vida a sós não é recente. O olhar para esta condição emergiu no entanto de forma diversa e permitiu logo no início da análise perceber que teria por sua vez implicações marcantes na atitude face à vida depois dos 80: os *Amargurados*, sós no mundo e que a observam como uma inevitabilidade, os *Resignados*, que tomam como ideal nesta altura da vida, estar com um dos filhos, encarando com resignação esta impossibilidade porque estes têm outras prioridades e os *Independentes* que têm como norteador deste processo, a valorização da independência.

Estas três atitudes face à vida foram descritas e sistematizadas a partir das diversas categorias principais que emergiram da análise dos dados: 1) as condições que influenciam o processo de envelhecer só depois dos 80, traduzidas em cinco áreas principais (as características pessoais e a autonomia, o suporte familiar, o estado de

saúde, a situação financeira e a espiritualidade), 2) os problemas e preocupações desta população, bem como 3) as estratégias utilizadas para se manterem autônomos e independentes pelo maior tempo possível, para mais facilmente identificarmos posteriormente as áreas sensíveis com implicações para a enfermagem.

Os *Independentes* apresentam um **perfil de saúde resiliente**, preferindo focar-se nas suas forças e não nas suas fraquezas o que lhes permite lidar com sucesso com as circunstâncias adversas, apresentando como atributos protetivos de maior resiliência nesta idade, um bom suporte familiar, uma boa rede de amigos e de relações de confiança e uma boa integração na comunidade. Por sua vez, os *Resignados* apresentam um **perfil de saúde vulnerável**, uma vez que lhes falta um dos atributos protetivos mais importantes de maior resiliência nesta idade: a qualidade das relações de confiança com a família que está comprometida e é evidenciada pela percepção de suporte familiar insuficiente. Por fim, os *Amargurados* com um **perfil de saúde de grande vulnerabilidade**, uma vez que vivem com inúmeros problemas de saúde que os tornam dependentes, têm um acesso limitado a recursos económicos, estão sós no mundo e por isso falham dois dos atributos protetivos considerados fundamentais para fazerem face aos eventos adversos: a qualidade das relações e ainda a integração na comunidade.

Os resultados deste estudo decorreram da **análise comparativa constante** dos dados colhidos a partir de 30 entrevistas realizadas com pessoas a viverem sozinhas depois dos 80 anos, de acordo com o proposto na *Grounded Theory* e baseada especialmente nas orientações de Strauss e Corbin acerca do método. Como já foi referido, a nossa amostra teórica teve sempre como finalidade a explicação do fenómeno em questão, permitindo assim uma formulação teórica ancorada nos dados. Desta forma consideramos a amostra adequada à finalidade do estudo, uma vez que paramos de entrevistar, quando os dados colhidos já não acrescentavam explicação adicional ao processo estudado, tendo consciência de que a mesma não tenta ser representativa duma população ou da sua heterogeneidade, residindo o seu valor especialmente na sua adequação aos objetivos do estudo, tendo como princípio a diversidade dos sujeitos interrogados e a garantia de que nenhuma situação importante fosse esquecida. Dada a especificidade desta metodologia, tivemos a preocupação em contemplar rigorosamente os critérios de apreciação, relacionados com uma abordagem qualitativa dos dados, procurando no que diz respeito à **validade** dos

dados, dar retorno das interpretações por nós efetuadas a dois dos participantes do nosso estudo, pedindo depois para as clarificar ou elucidar certos pontos, procurando determinar se se reconheceram e concordavam com elas. Procuramos também ativamente casos negativos, procurando assim refinar a nossa análise, reforçando a credibilidade dos resultados e no procedimento da análise comparativa constante, procuramos grande rigor, na utilização de todo o registo de dados.

Reconhecemos que neste tipo de estudo, os resultados são altamente contextualizados, parciais, temporais, colocando-se assim um outro critério de apreciação: o da **transferibilidade**, relacionada com a compreensão de como se ajustam os resultados a contextos fora da situação em estudo, o que requer um relato muito detalhado da estratégia metodológica ou interpretativa, pelo que procuramos incluir descrições detalhadas acerca dos seguintes parâmetros: contextos do estudo, estratégia de amostragem, como acedemos aos informantes, como colhemos e registamos os dados e como conduzimos a análise.

Na apreciação da **fidelidade**, procuramos fazer uma descrição o mais detalhada possível da nossa colheita de dados, acerca do que aconteceu no seu decurso e o impacto que teve nos resultados da investigação bem como da qualidade dos dados para assim demonstrar como fomos capazes de produzir resultados plausíveis, dada a instabilidade do mundo social.

Por último no que diz respeito à **verificação**, foi necessária da nossa parte um grau de autoconsciência reflexiva que plasmamos em forma de diário, a par da análise e interpretação dos dados, de forma a tornar explícito de que forma pudemos ter afetado os resultados do estudo.

Esperamos que os resultados desta investigação possam contribuir para dar respostas adequadas a uma população com características diferentes, que visem a manutenção da autonomia e da qualidade de vida, ajudando-a a manter-se saudável, pelo maior tempo possível, reconhecendo que para tal se torna fundamental que o envelhecimento seja pensado ao longo da vida numa perspetiva mais promotora da saúde e da autonomia e mais preventiva, através de políticas saudáveis que deverão promover uma visão positiva da saúde como um recurso que permite ao cidadão, famílias e comunidades, a realização de todo o seu potencial, tal como proposto pelo Plano Nacional da Saúde 2012-2016 (DGS, 2012) .

Ainda no sentido de permitir aos idosos continuarem a viver nas suas casas pelo maior tempo possível com a melhor qualidade de vida, de uma forma saudável e autónoma e sobretudo mantendo a satisfação com a vida, usufruindo para isso dos cuidados de saúde domiciliários necessários, colocam-se grandes desafios em termos de políticas de saúde e sociais uma vez que implica para além duma adequação dos serviços de saúde e de apoio social, uma mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e também na formação dos profissionais de saúde.

A importância desta população permanecer na comunidade por tanto tempo quanto possível, ao contrário da institucionalização prematura, ganhou força a partir dos nossos resultados que evidenciaram como um dos seus grandes medos e preocupações a admissão num lar de idosos.

Concluimos também com este estudo que é importante conhecer quais são e como se estruturam os “arranjos familiares” e as redes de apoio destas pessoas, uma vez que podem influenciar diretamente na sua saúde e qualidade de vida, sendo por isso fundamental o apoio para que continuem a viver os anos que lhes restam, de forma independente ou assistida, com dignidade e bem-estar, quer a sua situação seja de fragilidade ou não.

Ressaltou ainda dos nossos resultados a importância do suporte familiar, quando já é evidenciada menos saúde, pelas suas morbilidades ou pelo processo natural de vulnerabilidade associado à maior longevidade, pelo que deverão ser mobilizados meios que ajudem a manter a melhor qualidade de relação binómio pessoa idosa e família cuidadora, capacitando os familiares a lidarem com as dificuldades nas áreas da dependência física, social e espiritual.

Os enfermeiros da comunidade deverão também ter em consideração que esta população considera importante manter-se a viver na sua própria casa, mesmo quando já estão doentes e mais dependentes, o que exige uma abordagem ativa baseada nos seus problemas, sob a forma de um diálogo acerca das suas necessidades e de ajuda prática, através de uma intervenção de Apoio à Tomada de Decisão e de Estabelecimento de Mestas Mútuas que vá no sentido de preservar a autonomia daqueles que são capazes de se proteger mas também de intervir junto daqueles que não o podem fazer e para quem já não é mais seguro viver sozinho.

Consideramos assim este estudo relevante para o conhecimento dos enfermeiros acerca do processo de envelhecer só depois dos 80 por ter permitido identificar as estratégias utilizadas para concretizarem o seu projeto de saúde que levou

à reflexão acerca de intervenções de enfermagem que possibilitem viver com mais saúde, qualidade de vida e maior autonomia, por mais tempo.

Reconhecemos no entanto que neste tipo de estudo, os resultados são contextualizados, parciais e temporais, dado tratar-se de uma investigação qualitativa, o que exigiu da nossa parte uma atenção redobrada com a compreensão de como se ajustam os resultados a contextos fora da situação em estudo: a transferibilidade. Não se coloca portanto a questão da representatividade, no sentido estatístico do termo, interrogando-se um número limitado de pessoas de acordo com a oportunidade de conhecimento que cada um, em si mesmo, representava, residindo o valor da amostra na sua adequação aos objetivos do estudo.

Também podemos considerar ter havido uma reduzida heterogeneidade na amostra uma vez que a maioria dos idosos que entrevistamos tinham um percurso de saúde favorável e a sua função cognitiva estava intacta para deste modo poderem ser colhidos dados diversificados em profundidade. No entanto, dado o paradigma de investigação em que assenta o estudo, julgamos que a amostra é razoavelmente alargada, procurando-se ativamente uma grande diversidade de casos que alargassem a diversidade de dados tanto quanto possível, para deste modo encontrarmos exemplos similares repetidos várias vezes, obtendo assim a confiança de que a categoria se encontrava saturada.

Consideramos pois que se continue a desenvolver investigação acerca de aspetos mais inovadores e problemáticos relacionados com o envelhecimento demográfico, incluindo tópicos como a manutenção da saúde, o prolongamento da vida ativa, as implicações das pessoas se tornarem cada vez mais responsáveis pelas suas vidas bem como a aprendizagem para uma vida longa, uma vez que se prevê que a prestação de apoio pessoal aos idosos irá diminuir devido à proporção decrescente de jovens na população, pelo que cada vez mais os próprios, terão que assumir a responsabilidade pela sua autonomia no futuro.

Neste momento propomo-nos dar continuidade a esta investigação, através do desenvolvimento de um instrumento de avaliação com base nas preposições emergentes relativas às três atitudes face à vida depois dos 80, que garanta uma avaliação individualizada, com uso de ferramentas de triagem padronizadas que permita identificar a atitude predominante de quem é alvo dos nossos cuidados para assim determinar se o idoso pode permanecer em casa num ambiente de vida independente ou numa situação de vida alternativa, com base no respeito à

autodeterminação e dignidade do indivíduo e nos resultados da avaliação dos recursos físicos, cognitivos e sociais.

Consideramos ainda importante dar continuidade ao estudo da influência do suporte familiar e da espiritualidade neste processo, bem como o efeito terapêutico de algumas intervenções de enfermagem na manutenção da saúde e autonomia, como o Estabelecimento de Metas Mútuas e o Apoio à tomada de decisão.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**Aboim, Sofia. 2003.** Evolução das estruturas domésticas. *Sociologia, Problemas e Práticas*. 2003, Vol. 43, pp. 13-30.

**Agich, George J. 2003.** *Dependence and autonomy in old age :an ethical framework for long-term care*. 2nd edn., rev. Cambridge : Cambridge University Press, 2003.

**Almeida, Ana Kelly e Maia, Eulalia Maria Chaves. 2010.** Amizade, Idoso e Qualidade de Vida: Revisão Bibliográfica. [ed.] Maringá. *Psicologia em Estudo*. 2010, Vol. 15 (4), pp. 743-750.

**Almeida, Ricardo Alexandre Rebelo de, Abreu, Cidalina da Conceição Ferreira de e Mendes, Aida Maria de Oliveira Cruz. 2010.** Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. *Revista de Enfermagem Referência*. III-nº 2, 2010, pp. 163-172.

**Andrade, Fernanda Maria Mendes de. 2009.** O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário:Necessidades Educativas do Cuidador Principal. s.l. : Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, 2009.

**APN. 2013.** Alimentação no Ciclo de Vida: Alimentação na pessoa idosa. s.l. : Alimentação no Ciclo de Vida: Associação Portuguesa dos Nutricionistas, APN. Coleção E-books. APN | N.º 31, 2013.

**Assumpção, Daniela de, et al. 2014.** Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. 2014, Vol. 30(8), pp. 1680-1694.

**Backman, K. and Hentinen, M. 2001.** Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2001, Vol. 15.

**Backman, Kaisa e Hentinen, Maija. 1999.** Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 30(3), pp. 564-572.

**Baker, MW. 2000.** *Independence and older American women: a concept exploration and analysis*. University of Washington. 2000. p. 109.

**Bardin, Laurence. 2015.** *Análise de Conteúdo*. Edição Revista e Atualizada. Lisboa : Edições 70, Lda, 2015. p. 281.

**Bicudo, Maria José. 2009.** *Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade: contributos de enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa , Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2009.

**Birkeland, A e Natvig, GK. 2009.** Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *Internacional Journal of Nursing Practice*. 2009, Vol. 15(4), pp. 257-64.

**Bogdan, Robert e Biklen, Sari. 2013.** *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto : Porto Editora, 2013.

**Buksman, S, et al. 2008.** Projeto Diretrizes. Quedas em Idosos: Prevenção. Brasil : Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008.

**Bulechek, Gloria M., Butcher, Howard K. e Dochterman, Joanne McCloskey. 2010.** *NIC. Classificação das Intervenções de Enfermagem*. 5th. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2010.

**Cabete, Dulce Gaspar. 2005.** *O Idoso, a Doença e o Hospital. O impacto do Internamento Hospitalar no Estado funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures : Lusociência, 2005. p. 175.

**Cabral, Manuel Villaverde, et al. 2013.** *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa : Guide – Artes Gráficas, Lda., 2013.

**Câmara, Patrícia Micaela Freitas. 2012.** *Atitude do Idoso face à dependência no autocuidado para andar, após tratamento cirúrgico por fratura da extremidade proximal do fêmur*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. 2012. Dissertação de Mestrado.

**Camargos, M.C.S., Rodrigues, R.N. e Machado, C.J. 2011.** Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R. Bras. Est. Pop.* 2011, Vol. 28, 1, pp. 217-230.

**Camargos, Mirela e Rodrigues, Roberto. 2008.** Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. Caxambu- MG – Brasil : s.n., 2008.

**Campos, ACV, et al. 2016.** Healthy aging profile in octogenarians in Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016, Vol. 24, pp. 1-11.

**Cao, M.J., et al. 2014.** Chinese community-dwelling elders' needs: promoting ageing in place. *International National Review*. 2014, Vol. 61(3), pp. 327-35.

**Carter, Michael J e Fuller, Celene. 2015.** 'Symbolic interactionism'. *Sociopedia.isa*. 2015.

**Carvalho, Maria Leonor Gonçalves de. 2009.** *Qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. 2009. Dissertação de Mestrado.

**CEPCEP. 2012.** O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Relatório final. [ed.] Faculdade de Ciências Humanas- Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, 2012.

**Cerqueira, Andreia Filomena Ferreira de Gusmão. 2015.** *A educação em enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma matriz referencial*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa: s.n., 2015. Tese de Doutoramento.

**Cerqueira, Margarida de Melo. 2010.** *Imagens do envelhecimento e da velhice. Um estudo na população portuguesa*. Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro. Aveiro: s.n., 2010. Tese de Doutoramento.

**CESE. 2012.** Envelhecimento Ativo/Horizonte 2020. Bruxelas: s.n., 2012.

**Cheng, Ching-Yu. 2006.** Living alone: the choice and health of older women. *Journal of Gerontological Nursing*. 2006, pp. 16-25.

**Chesnay, Mary de e Anderson, Barbara A. 2012.** *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. 3rd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2012.

**Chesnay, Mary de. 2012.** Vulnerable Populations: Vulnerable People. [autor do livro] Mary de Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. . 3rd ed. s.l.: Jones & Bartlett Learning, 2012, pp. 3-13.

**Chesnay, Mary de, Hart, Patricia e Brannan, Jane. 2012.** Cultural competence and Resilience. [autor do livro] Mary de Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory; Practice, and Research*. s.l.: Jones & Bartlett Learning, 2012, 3, pp. 29-37.

**Chevrier, Jacques. 2003.** A especificação da problemática. [autor do livro] Benôit Gauthier. *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados*. 3ª. Loures: Lusociência, 2003.

- Cimirro, PA, et al. 2011.** Qualidade de vida dos idosos dos centros-dia do Regado e S. Tomé - Portugal. *Enfermagem em Foco*. 2011, Vol. 2(3), pp. 195-198.
- Clares, JW, et al. 2014.** Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. *Acta Paul Enferm*. 2014, Vol. 27(3), pp. 237-42.
- Clarke, Adele E. 2005.** *Situational Analysis - Grounded Theory After the Postmodern Turn*. USA : SAGE Publications, Inc, 2005.
- Collart, E, et al. 1989.** The viewpoint of the elderly on the problems of aging. *Schweizerische Rundschau Für Medizin Praxis*. 1989, Vol. 78 (15), pp. 419-22.
- Corbin, Juliet e Strauss, Anselm. 1990.** Grounded Theory Research: Procedures, Cannons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*. 1990, Vol. 13, 1, pp. 3-21.
- Corbin, Juliet. 2013.** Strauss' grounded theory. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge International Handbooks, 2013, 13, pp. 169-182.
- Costa, Maria Arminda. 2002.** *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Coimbra; Lisboa : Co-edição FORMASAU, Formação e saúde, Lda e EDUCA, 2002.
- Crawford-Achour, E. 2012.** Successful aging: how to improve its occurrence in the elderly? *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 2012, Vol. 10(2), pp. 207-214.
- Dachröden, Sofia Caetano de Almeida Freifrau von Humboldt. 2013.** *Adjustment to aging and subjective well-being in an older cross-national community dwelling sample*. ISPA - Instituto Universitário. 2013.
- DGS. 2012.** Plano Nacional de saúde (2012-2016). s.l., Portugal : Direção Geral da Saúde. Ministério da Saúde, 2012.
- DGS. 2004.** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. s.l. : Ministério da Saúde, 2004.
- DGS. 2003.** *Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2003.
- Dias, Jacinta Maria Rodrigues Carvalhas de Pinho. 2010.** *O lazer como estratégia de coping no idoso* . Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. 2010. Dissertação de Mestrado.

**Dias, Maria Olívia. 2011.** Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 2011, Vol. 19, pp. 139-156.

**Diogo, Maria José D'Élboux. 2006.** Modalidades de Assistência ao Idoso e à família: Impacto sobre a Qualidade de Vida. [autor do livro] E. V., Py, L., Néri, A. L., Cançado, F. A., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M Freitas. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª ed.). Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2006.

**Dyer, Carmel Bitondo, Pickens, Sabrina e Burnett, Jason. 2007.** Vulnerable Elders. When It Is No Longer Safe to Live. *JAMA, American Medical Association*. 2007, Vol. 298 (12), pp. 1448-1450.

**Eichner, Maxine. 2005.** Dependency and the Liberal Polity: On Martha Fineman's The Autonomy Myth. *California Law Review*. 2005, Vol. Volume 93. Issue 4, pp. 1285-1322.

**Eliopoulos, Charlotte. 2005.** *Enfermagem Gerontológica*. s.l. : Artmed Editora, 2005.

**Erbolato, Regina M. Prado Leite. 2006.** Relações Sociais na Velhice. [autor do livro] E. V., Py, L., Néri, A. L., Cançado, F. A., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M. Freitas. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª ed.). Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2006.

**Erci, Behice. 2012.** Nursing Theories Applied to Vulnerable Populations: Examples of Turkey. [autor do livro] Mary de Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable. Perspectives in Nursing Theory, Practice, and Research*. third. s.l. : Jones & Bartlett Learning, 2012, pp. 86-88.

**Ermel, Regina Célia. 2012.** *Qualidade de Vida da Pessoa Idosa: Comparação Brasil - Portugal*. Escola de Enfermagem da Universidade de São paulo. São Paulo : s.n., 2012. p. 195, Tese de Doutorado.

**Ermel, Regina Célia, Fracalli, Lislaine Aparecida e Vieira, Margarida. 2013.** *Qualidade de Vida na visão das pessoas idosas do Brasil e Portugal: avaliação comparativa*. São Paulo : Arte e Ciência editora, 2013. p. 198.

**Eshbaugh, Elaine M. 2008.** Perceptions of Living Alone Among Older Adult Women . *Journal of Community Health Nursing*. 2008, Vol. 25, pp. 125-137.

**EU. 2011.** How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors. s.l., Bruxelles/Brussel. Belgique/België : European Union, 2011.

**Faria, Maria Paula Ribeiro de. 2015.** *Os crimes praticados contra idosos*. Porto : Universidade Católica Editora, 2015. p. 104.

**Fawcett, Jacqueline. 2006.** King's Conceptual System. *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. 2nd ed. Philadelphia : F. A. Davis Company, 2006, Chapter 5, pp. 88-127.

**Fawcett, Jacqueline. 2001.** The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Imogene M. King. *Nursing Science Quarterly*. 2001, Vol. 14:4.

**Fernandes, Maria João Soares Rodrigues de Sousa. 2011.** *Envelhecimento bem-sucedido: modelo de intervenção da enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa : s.n., 2011. Tese de Doutoramento.

**Fernandes, Maria João Soares Rodrigues de Sousa. 2013.** Envelhecimento bem-sucedido : processo de interação enfermeiro-pessoa idosa em cuidados de saúde primários. *Biomedical and Biopharmaceutical Research*. 2013, Vol. (10)2, pp. 151-162.

**Fernandes, Maria João, et al. 2013.** *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa. Da investigação à Prática*. Loures : Lusociência, 2013. p. 323.

**Fleury-Teixeira, Paulo, et al. 2008.** Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008, Vol. 13(Sup 2), pp. 2115-2122.

**Fonseca, António Manuel. 2006.** *O Envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. 2ª ed. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2006. p. 208.

**Fortin, Marie-Fabienne. 2009.** *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009.

**Foster, Pam e Neville, Stephen. 2010.** Women over the age of 85 years who live alone: a descriptive study. *Nursing Praxis in New Zealand*. 2010, Vols. 26, nº 1.

**Frankl, Viktor. 2005.** *Em busca do sentido. Um psicólogo no campo de concentração*. 20ª. s.l. : Editora Sinodal, 2005.

**Freitas, Elizabete Viana, et al. 2006.** *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª. Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2006.

**Gandek, B., et al. 1998.** Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998, Vol. 51, 11, pp. 1171-1178.

**Glaser, Glaser G. e Strauss, Anselm L. 1999.** *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York : Aldine De Gruyter, 1999.

**Gomes, Idalina Delfina. 2010.** *Cuidado de Si. A natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio.* Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa : s.n., 2010. Tese de Doutoramento.

**Gonçalves, Paulo José Parente. 2013.** *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto.* Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Porto : s.n., 2013. Tese de Doutoramento.

**Grande, Nuno. 2000.** Ética e Investigação. *Revista Investigação em Enfermagem.* Agosto de 2000, Vol. nº 2, pp. 49-53.

**Hahn, K. 2008.** *The everyday life of women ages 85 and older living alone in their own residences who receive help.* Texas Woman's University. 2008. p. 180, Ph.D.

**Henriques, Helga Marília da Silva Rafael. 2015.** *Experiência do autocuidado e identidade pessoal. Um estudo fenomenológico com pessoas idosas que vivem com DPOC .* Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa : s.n., 2015. Tese de Doutoramento.

**Hernandis, Sacramento Pinazo. 2005.** El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores. [autor do livro] Sacramento Pinazo Hernandis e Mariano Sánchez (Orgs.). Martinez. *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas.* Madrid : Pearson Educación S.A., 2005.

**Hiernaux, Jean-Pierre. 2011.** A análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a materiais volumosos . [autor do livro] Luc Albarello. *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais.* 3ª edição. Lisboa : Gradiva, 2011.

**ICN. 2011.** *CIPE 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* s.l. : Lusodidata, 2011. p. 176.

**INE. 2011.** *Censos 2011 - Relatório Definitivo.* Portugal : Instituto Nacional de Estatística, 2011.

**INE. 2013.** *Estatísticas Demográficas 2012.* s.l. : Instituto Nacional de Estatística, 2013.

**INE. 2009.** *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060.* s.l. : Instituto Nacional de Estatística, 2009.

**Jaques, Maria Ermelinda Miranda Ribeiro. 2005.** *Idosos e dinâmicas de parceria: contributos para uma velhice bem-sucedida.* ICBAS, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2005. Tese de Doutoramento.

**Jett, KF. 1994.** Elderly rural African-American women alone: strategies, choices and frailty. [ed.] University of Florida. *doctoral dissertation*. 1994. p. 201.

**Kamilaris, Andreas, Kondepudi, Sekhar e Danial, Noor. 2015.** Understanding the activities and areas of concern of elderly population: The case of Singapore . *Technology and Disability*. 2015, Vol. 27, pp. 141-153.

**King, Imogene M. 1981.** *A Theory for Nursing. Sístems, Concepts; Process*. United States of America : John Wiley & Sons, 1981. p. 181.

**King, Imogene M. e AN, FA. 1999.** A Theory of Goal Attainment: Philosophical and Ethical Implications. *Nursing Science Quarterly*. 1999, Vol. 12:4.

**King, Imogenes M. 1971.** *Toward a Theory for Nursing. General Concepts of Human Behavior*. s.l. : John Wiley & Sons, Inc., 1971. p. 132.

**Kirk, R. H. 2003.** Family support: the roles of early years' Centers. *Children & Society*. 2003, Vol. 17(2), pp. 85-99.

**Larson, C. O. 2002.** Use of the SF-12 Instrument for Measuring the Health of Homeless Persons. *Health Services Research*. 2002, Vol. 37, 3, pp. 733-750.

**Lau, DT, Machizawa, S e Doi, M. 2012.** Informal and formal support among community-dwelling Japanese American elders living alone in Chicagoland: an in-depth qualitative study. *Journal Of Cross-Cultural Gerontology*. 2012, Vol. 27(2), pp. 149-61.

**Lawton, M.Powell e Brody, Elaine M. 1969.** Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969, Vol. 9, pp. 179-186.

**Lemos, Naira e Medeiros, Sônia Lima. 2006.** Suporte Social ao Idoso Dependente. [autor do livro] E. V., Py, L., Néri, A. L., Cançado, F. A., Gorzoni, M. L., & Rocha, S. M Freitas. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (2ª ed.). Rio de Janeiro : Guanabara-Koogan, 2006.

**Livta, Andrea e Jacoby, Ann. 2004.** Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. [autor do livro] Jean V. Craig e Rosaline L. Smith. *Prática baseada na evidência- Manual para Enfermeiros*. Loures : Lusociência, 2004.

**Lloyd-Williams M, Kennedy V, Sixsmith A, Sixsmith J. 2007.** The end of life: a qualitative study of the perceptions of people over the age of 80 on issues surrounding death and dying. *Journal of Pain and Symptom Management* . 2007, Vol. 34(1), pp. 60-66.



**Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. 2013.** Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013, Vols. 21 (Spec.) jan-fev.

**Lopes, Manuel José. 2003.** A Metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceitualização na Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Agosto de 2003, Vol. nº 8, pp. 63-47.

**Lou, Vivian W.Q. e Ng, Jimmy W. 2012.** Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: A qualitative study. *Aging & Mental Health*. 2012, Vols. 16, 8, pp. 1039–1046.

**Loureiro, Helena. 2011.** - *Cuidar na "Entrada na reforma": uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias*. Universidade de Aveiro. 2011. Tese de Doutoramento.

**MacFarlane, A. H., Belíssimo, A. e Norman, G. R. 1995.** MacFarlane, A. H., BelísThe role of family and peers in social self efficacy: Links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1995, Vol. 65, pp. 402-410.

**Machado, Paulo Alexandre Puga. 2013.** *Papel do prestador de cuidados - contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Porto : s.n., 2013. Tese de Doutoramento.

**Maia, Flávia de Oliveira Motta. 2011.** *Vulnerabilidade e Envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo. Estudo SABE*. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo : s.n., 2011. Tese de Doutoramento.

**Maroy, Christian. 2011.** A análise qualitativa de entrevistas. [autor do livro] Luc Albarello. *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª edição. Lisboa : Gradiva, 2011.

**Minayo, Maria Cecília de Souza, Hartz, Zulmira Maria de Araújo e Buss, Paulo Marchiori. 2000.** Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000, Vol. 5, 1, pp. 7-18.

**Monis, Celeste Cristina Pinheiro. 2010.** *Sobrecarga do prestador de cuidados informal da pessoa idosa dependente*. Universidade Católica Portuguesa , Instituto de Ciências da Saúde. 2010. Dissertação de Mestrado.

**Moreira, Maria de Fátima Carvalho. 2008.** *O envelhecimento da população e o seu impacto na habitação. Prospectiva até 2050*. Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa : s.n., 2008. Tese de Mestrado.

**Morrissey, Sue. 1984.** *Resources and characteristics of elderly women living alone in a community*. Family Health Nursing Department, Indiana University School of Nursing. USA : s.n., 1984. p. 280, doctoral dissertation.

**Morrissey, Sue. 1998.** Resources and characteristics of elderly women who live alone. *Health Care for Women International*. 1998, Vol. 19, pp. 411-421.

**Morrow-Howell, Nancy. 2015.** Conferência: Ageing in place: U.S. perspective. *Older adults in community: capacities and engagement for ageing-in-place*. University Town Auditorium 1 : National University of Singapore/ Washington University in St. Louis, 2015.

**Murray, Tracey, Philipsen, Nayna e Belgrave, Lucille. 2013.** Aging and the Decision to Live Alone. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2013, Vol. 9, 9, pp. 588-593.

**NANDA-I. 2015.** *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Definições e Classificação. 2015-2017*. 10ª. S. Paulo : Artmed Editora LTDA, 2015.

**Nations, United. 2005.** *Living arrangements of older persons around the world*. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. New York : United Nations, 2005.

**Nosraty, Lily, et al. 2015.** Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90+ Study. *Journal of Aging Studies*. 2015, Vol. 32, pp. 50-58.

**Nunes, Lucília. 2006.** Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. s.l. : II Congresso Ordem dos Enfermeiros, 2006.

**O'Brien, James G. e Jacob, Climo. 2001.** Os Idosos e suas Famílias. [autor do livro] William Reichel. *Assistência aos Idosos. Aspectos Clínicos do Envelhecimento*. 5ª. Rio de Janeiro : Editora Guanabara Koogan S.A., 2001.

**O'Brien, Mary Elizabeth. 1999.** *Spirituality in Nursing – Standing on Holy Ground*. Sudbury, Massachusetts : Jones and Bartlett Publishers, 1999.

**OCDE. 1998.** *Maintenir la Prospérité dans une Société Vieillissante*. s.l. : Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 1998. Document de travail awp 3.2 f.

**OE. 2012.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, Agosto de 2012.

**OE. 2012 a.** *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, Agosto de 2012 a.

**Oliveira, Catarina Resende de, et al. 2010.** Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa. [ed.] Programa Saúde XXI. 2010.

**ONU. 1983.** Vienna International Plan of Action on Aging. New York : s.n., 1983.

**Ordem dos Enfermeiros. 2008.** Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE. Série I. Nº 1 s.l. : Ordem dos Enfermeiros, Junho de 2008.

**Pais-Ribeiro, José Luís. 2005.** *O Importante é a Saúde: Estudo de Adaptação de uma Técnica de Avaliação do Estado de Saúde – SF – 36*. Lisboa : Fundação Merck Sharp & Dohme, 2005.

**Paul, Constança e Fonseca, António M. 2005.** *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1ª ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2005. p. 311.

**Petry, Heidi. 2003.** Aging happens: Experiences of Swiss women living alone. *Journal of Women & Aging*,. 2003, Vol. 15(4), pp. 51-68.

**Pfeiffer, E. 1975.** A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1975, Vol. 23, 10, pp. 433-41.

**Pierini, DM e Volker, DL. 2009.** Living alone in community and over 85 years old: a case study. *Southern Online Journal of Nursing Research*. 2009, Vols. Vol. 9, Número 1.

**Pires, António. 2001.** *Crianças e (pais) em risco*. . 1ª edição. Lisboa : Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2001.

**Polit, Denise e Beck, Cheryl Tatano. 2004.** *Nursing Research: Principles and Methods*. Seventh Edition. USA : Lippincott Williams & Wilkins, 2004.

**Portacolone, Elena. 2015.** Older Americans Living Alone: The Influence of Resources and Intergenerational Integration on Inequality. *Journal of Contemporary Ethnography*. 2015, Vol. 44, 3, pp. 280-305.

**Portacolone, Elena. 2011.** The myth of independence for older Americans living alone in the Bay Area of San Francisco: a critical reflection. *Ageing & Society*. 2011, Vol. 31, pp. 803–828.

**Portacolone, Elena. 2013.** The notion of precariousness among older adults living alone in the U.S. *Journal of Aging Studies*. 2013, Vol. 27, pp. 166-174.

**Power, Mick, et al. 2005.** Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*. 2005, Vol. 14, 10, pp. 2197-2214.

**Quine, Susan e Morrell, Stephen. 2007.** Fear of loss of independence and nursing home admission in older Australians. *Health and Social Care in the Community*. 2007, Vol. 15(3), pp. 212-220.

**Ramos, José LC, Menezes, MR e Meira, Edméia C. 2010.** Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. *Revista Baiana de Enfermagem*. jan./dez. de 2010, Vols. 24, n. 1, 2, 3, pp. 43-54.

**Rasanen, Paivi, Backman, Kaisa e Helvi, Kyngas. 2007.** Developement of an instrument to test middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2007, Vol. 21, pp. 397-405.

**Rechel, Bernd, et al. 2013.** *Ageing in the european Union*. March 27, 2013.

**Rego, Ana Cristina Caramelo. 2014.** *Qualidade de Vida da Pessoa Idosa nos Lares e Centros de Dia do Distrito de Vila Real*. Instituto de Ciências da Saúde , Universidade Católica Portuguesa. Porto : s.n., 2014. Tese de Doutoramento.

**Rego, Ana. 2008.** O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*. 2008, Vol. 1:2, pp. 199-204.

**Ribeiro, JLP. 2001.** Qualidade de vida e doença oncológica. [autor do livro] MR Dias e E Durá (coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa : Climepsi Editores, 2001, pp. 75-98.

**Ribeiro, Patrícia Cruz Pontifice Luísa Valente. 2012.** *A natureza do processo de conforto do doente idoso o crónico em contexto hospitalar: construção de uma teoria explicativa: projecto integrado de vivência e cuidado do auto-cuidado*. UCP. Lisboa : s.n., 2012. Tese de Doutoramento.

**Riser, Laura e Halseth, Greg. 2011.** Informal Support Networks of Low-Income Senior Women Living Alone: Evidence from Fort St. John, BC. ., *Journal of Women & Aging*. 2011, Vol. 23, pp. 185-202.

**Rodrigues, R. M. C. 2007.** *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da : da funcionalidade à utilização de serviços*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Doutoramento.

**Rolls, Liz, et al. 2011.** Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy challenges. *Palliative Medicine*. 2011, Vol. 25(6), pp. 650-657.

**Rolls, Liz, et al. 2010.** Older people living alone at the end of life in the UK: Research and policy challenges. *Palliative Medicine*. 2010, Vol. 25, 6, pp. 650-657.

**Ruquoy, Danielle. 2011.** Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. [autor do livro] Luc Albarello. *Práticas e métodos de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª edição. Lisboa : Gradiva, 2011.

**Santos, Alexandra Sofia Camões dos. 2014.** *O lar de idosos: Lugar de vida ou de morte social?* Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Porto : s.n., 2014. Tese de Mestrado.

**Savoie-Zajc, Lorraine. 2003.** A entrevista semi-dirigida. [autor do livro] Benôit Gauthier. *Investigação Social – Da problemática à colheita de dados*. 3ª edição. Loures : Lusociência, 2003.

**Schreiber, Rita Sara e Martin, Wanda. 2013.** New directions in grounded theory. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge International Handbooks, 2013, 14, pp. 183-202.

**Sequeira, C. 2007.** *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra : Quarteto Editora, 2007.

**Sequeira, Isabel. 2011.** *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes : estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Porto : Universidade Católica Portuguesa- Porto, Instituto de Ciências da Saúde, 2011.

**Serralheiro, Maria da Encarnação. 1993.** A espiritualidade nas Pessoas Idosas. *Revista Servir*. 1993, Vols. 41-1, pp. 20-23.

**Shing, Ong Yunn. 2015.** Conferência: Successful ageing in Singapore. *Older adults in community: capacities and engagement for ageing-in-place*. University Town Auditorium 1 : National University of Singapore/ Washington University in St. Louis, 2015.

**Sielof, Cristina L. 2004.** Imogene King. Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objetivos. [autor do livro] Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligood. *Teóricas de Enfermagem a a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lisboa : Lusociência, 2004, Capítulo 19, pp. 377-392.

**Silva, Andreia Cátia Jorge. 2013.** *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no Concelho de Lisboa*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa : s.n., 2013. Tese de Doutoramento.

**Silva, Célia Maria Jordão Simões. 2012.** *Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a Saúde e Bem-estar*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Porto : s.n., 2012. Tese de Doutoramento.

**Sixsmith, J., et al. 2014.** Healthy ageing and home: The perspectives of very old people in five European countries. *Social Science & Medicine*. 2014.

**Strauss, Anselm e Corbin, Juliet. 1998.** *Basics of Qualitative Research - Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. USA : SAGE Publications, Inc., 1998.

**Streubert, Helen J. e Carpenter, Dona R. 2002.** *Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista*. 2ª ed. Loures : Lusociência, 2002.

**Tohme, Rania A., et al. 2011.** Socioeconomic resources and living arrangements of older adults in Lebanon: who chooses to live alone? *Ageing & Society*. 2011, Vol. 31 (Part 1), pp. 1-17.

**Trivinos, A. 1990.** *A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo : Editora Atlas S.A., 1990.

**United Nations. 2005.** *Living arrangements of older persons around the world*. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. New York : United Nations, 2005.

**Veiga, João. 2011.** Autonomia Pessoal e Cuidados de Enfermagem: Uma revisão da literatura empírica e teórica. *Pensar Enfermagem*. 2011, Vol. 15, 1, pp. 39-69.

**Vilar, Maria Manuela Pereira. 2015.** *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do WHOQOL-OLD para a população portuguesa*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra . Coimbra : s.n., 2015. Tese de Doutoramento.

**Ware, JE, et al. 1996.** A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*. 1996, Vol. 34, 3, pp. 220-33.

**WHO. 2002.** *Active Ageing. a Policy Framework*. Madrid, Spain : World Health Organization. Second United Nations World Assembly on Ageing, April de 2002.

**WHO. 1998.** *Health 21- An Introduction to the Health for all Pplicy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen : s.n., 1998.

**WHO. 1998.** *Health Promotion Bibliography*. Geneva : World Health Organization, 1998.

**WHO. 1948.** *Official Records of the World Health Organization No. 2. Summary Report on Proceedings Minutes and Final Acts of The International Health*

*Conference Held (19 June To 22 July 1946)*. World Health Organization. Geneva : s.n., 1948.

**WHO. 2012.** *Policies and Priority Interventions for Healthy Ageing*. s.l. : Regional Office for Europe, 2012.

**WHO. 2015.** *World report on ageing and health*. Geneva. Switzerland : World Health Organization, 2015.

**Willems, Emilio. 1981.** *Dicionário de Sociologia*. 8ª. Rio de Janeiro : Editora Globo, 1981.

**Wills, Evelyn M. 2014.** Grand Nursing Theories Based on Interactive Process. [autor do livro] Evelyn M. Wills Melanie McEwen. *Theoretical basis for nursing*. 4th edition. s.l. : Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, 2014, Chapter 8, pp. 173-175.

**Wong, Yang-Sheng e Verbrugge, Lois M. 2009.** Living Alone: Elderly Chinese Singaporeans. *J Cross Cult Gerontol*. 2009, Vol. 24, pp. 209–224.

**Wright, Lorraine. 2005.** *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra : Ariadne Editora, 2005.

**Yetter, LS. 2010.** The experience of older men living alone. *Geriatric Nursing*. 2010, Vol. 31(6), pp. 412-8.

**Zelesnik, Danica. 2007.** Self-care of the home-dwelling elderly people living in slovenia. Oulu : University of Oulu, Faculty of Medicine: Department of Nursing Science and Health Administration, 2007.





## **ANEXOS**



## **ANEXO 1 – Formulário de colheita de dados**



<b>A</b>	<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b> <b>(Caracterização Sociodemográfica)</b>
----------	---

Formulário nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

1. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
2. Idade (anos completos) \_\_\_\_\_
3. Género:

1		Feminino	
2		Masculino	

4. Naturalidade (Concelho, Distrito): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_
5. Residência (Freguesia, Concelho, Distrito): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_
6. Estado Civil:

1	Solteiro	
2	Divorciado/Separado	
3	Viúvo	

7. Nível de Escolaridade

1	Nunca frequentou a escola	
	Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever	
2	Não completou o ensino primário	
3	Ensino primário (fez exame da 4ª classe)	
4	Ensino Preparatório (completou o 9º ano, antigo 5º ano)	
5	Ensino Secundário (completou o antigo 7º ano)	
6	Ensino Profissional	
7	Ensino Superior	

8. Profissão que exerceu durante mais tempo: \_\_\_\_\_  
 Outra (s) (especificar): \_\_\_\_\_

9. Idade da Reforma (se aplicável) \_\_\_\_\_

10. Rendimentos, tendo como referência o salário mínimo nacional:

1	Inferior	
2	Igual	
3	Superior	

11. Familiares mais diretos

1	Filhos	Nº	
2	Netos	Nº	
3	Irmãos	Nº	
4	Outros (especificar):	Nº	
5	Outros (especificar):	Nº	

12. Quando necessita de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre (especificar)?

---

13. Habitação (localização):

1	Localizada na povoação	
2	Isolada	

14. Tipo de habitação

1	Casa	
2	Apartamento/andar	
3	Parte de casa	
4	Alojamento coletivo e casa de dormidas	
5	Barracas	
6	Tendas/Rulotes	
7	Outro (especificar):	

15. Regime de ocupação da habitação:

1	Própria	
2	Arrendada	
3	Outro (especificar):	

16. Infraestruturas da habitação:

1	Eletricidade	
2	Água canalizada	
3	Instalação de gás	
4	Aquecimento	
5	Fogão	
6	Frigorífico	
7	Máquina de lavar roupa	
8	Televisão	
9	Outro (especificar):	

17. Usufri de serviço de apoio domiciliário?

1	Sim	
2	Não	

18. Se sim, de que serviços usufri?

1	Apoio para higiene/banho	
2	Fornecimento das refeições	
3	Confeção da alimentação no domicílio	
4	Apoio para a toma das refeições	
5	Higiene da habitação	
6	Compras e serviços no exterior do domicílio	
7	Acompanhamento do indivíduo ao exterior	
8	Toma da medicação	
9	Controlo de Diabetes e Hipertensão	
10	Outro (especificar):	

19. Saúde/Doença:

Doenças conhecidas	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Problemas de saúde		
1	Motores (especificar):	
2	Sono (especificar):	
3	Psicológicos (especificar):	
4	Outro (especificar):	

Hospitalizações anteriores (motivo)	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Cirurgias anteriores	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Uso de auxiliares de marcha		
1	Nenhum	
2	Muletas (canadianas)	
3	Bengala	
4	Andarilho	
5	Cadeira de rodas	
6	Outro (especificar)	

Uso de próteses		
1	Óculos	
2	Prótese auricular	
3	Prótese dentária	
4	Outro (especificar)	

Consumo de substâncias		
1	Álcool	
2	Tabaco	
3	Outro (especificar)	

Medicação prescrita	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	

No geral considera-se uma pessoa saudável/com saúde ou uma pessoa doente?

20. Pratica alguma religião? Se sim, qual?



<b>B</b>	<b>AVALIAÇÃO COGNITIVA SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONARY (SPMSQ)</b>
----------	---

**Instruções:** Faça as perguntas de 1-10 da lista e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4.a, se o sujeito não possui telefone. Marque correto (1) ou incorreto (0) para cada uma das 10 perguntas.

1	0	1. Em que data estamos? (dia, mês, ano) ____, ____, ____ (tolerância de 1 dia)
1	0	2. Que dia da semana é hoje?
1	0	3. Como se chama esta localidade?
1	0	4. Qual é o seu nº de telefone?
1	0	4a. Qual é seu endereço? (só se não tem telefone)
1	0	5. Quantos anos tem?
1	0	6. Qual é a sua data de nascimento? (dia, mês, ano) ____, ____, ____
1	0	7. Como se chama o atual Presidente da República?
1	0	8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
1	0	9. Qual é o seu apelido?
1	0	10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três...? (tolerância de 1 erro)

### **Score**

**0-2 Erros:** Função intelectual intacta

**3-4 Erros:** Deterioração intelectual baixa

**5-7 Erros:** Deterioração intelectual moderada

**8-10 Erros:** Deterioração intelectual grave

**Score:** \_\_\_\_\_

<b>C</b>	<b>AVALIAÇÃO FUNCIONAL</b> <b>Atividades Instrumentais da Vida Diária</b> <b>Índice de Lawton &amp; Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007</b>
----------	---

Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda (1) Faz tudo exceto trabalho pesado (2) Só faz tarefas leves (3) Necessita de ajuda para todas as tarefas (4) Incapaz de fazer qualquer tarefa (5)	
Lavar a roupa	Lava a sua roupa (1) Só lava pequenas peças (2) É incapaz de lavar a roupa (3)	
Preparar comida	Planeia, prepara e serve refeições sem ajuda (1) Prepara se lhe derem os ingredientes (2) Prepara pratos pré-cozinhados (3) Incapaz de preparar refeições (4)	
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda (1) Só faz pequenas compras (2) Faz as compras acompanhado (3) É incapaz de ir às compras (4)	
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldades (1) Só liga para lugares familiares (2) Necessita de ajuda para o usar (3) Incapaz de usar o telefone (4)	
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz (1) Só anda de táxi (2) Necessita de acompanhamento (3) Incapaz de usar o transporte (4)	
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc. (1) Só em pequenas quantidades de dinheiro (2) Incapaz de utilizar o dinheiro (3)	
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação (1) Necessita que lhe preparem a medicação (2) Incapaz de se responsabilizar pela medicação (3)	
<b>PONTUAÇÃO FINAL (Score)</b>		
<b>PONTUAÇÃO FINAL (Qualy)</b>		
<b>8 pontos</b> – Independente		
<b>9 a 20 pontos</b> – Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda		
<b>&gt; 20 pontos</b> - Severamente dependente, necessita de muita ajuda		

D	<b>WHOQOL-OLD</b> <i>Organização Mundial de Saúde</i>
---	--

### Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspetos são importantes para si enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode muitas vezes ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por favor escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e para cada uma, escolha o número que lhe pareça a melhor resposta.

**Obrigado pela sua participação.**

Com as seguintes perguntas pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma muito acentuada, escolha o número correspondente a “Muitíssimo”. Se não as sentiu escolha o número correspondente a “Nada”. Quando a sua resposta estiver entre “Nada” e “Muitíssimo”, poderá responder que sentiu “Pouco”, “Nem muito nem pouco” ou “Muito”. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato, afetam a sua vida?	1	2	3	4	5
2	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato, afetam a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
3	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato, afetam a sua capacidade de se relacionar com as outras pessoas?	1	2	3	4	5
4	Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
5	Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?	1	2	3	4	5
6	Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?	1	2	3	4	5
7	Está preocupado (a) com o modo como irá morrer?	1	2	3	4	5
8	Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
9	Tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
10	Receia sofrer antes de morrer?	1	2	3	4	5

Com as seguintes perguntas pretendemos perceber **até que ponto experimentou ou conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer perfeitamente estas coisas, escolha o número correspondente a “Completamente”. Se não as conseguiu fazer escolha o número correspondente a “Nada”. Quando a sua resposta estiver entre “Nada” e “Completamente”, poderá responder que conseguiu “Pouco”, “Moderadamente” ou “Bastante”. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
11	Consegue fazer aquilo de que gosta?	1	2	3	4	5
12	Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?	1	2	3	4	5
13	Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?	1	2	3	4	5
14	Tem atividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

Com as seguintes perguntas pretendemos perceber se se sentiu **satisfeito (a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito (a) ou insatisfeito (a) e escolha o número que melhor traduza a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
15	Está satisfeito (a) com o que tem alcançado na sua vida?	1	2	3	4	5
16	Está satisfeito (a) com a forma como ocupa o seu tempo?	1	2	3	4	5
17	Está satisfeito (a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?	1	2	3	4	5
18	Está satisfeito (a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade?	1	2	3	4	5
19	Está satisfeito (a) com o que pode esperar da vida?	1	2	3	4	5

		Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito bom
20	Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere estas perguntas em relação a um companheiro(a) ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
21	Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?	1	2	3	4	5
22	Sente que tem amor na sua vida?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23	Tem oportunidade para amar alguém?	1	2	3	4	5
24	Tem oportunidade para se sentir amado(a)?	1	2	3	4	5

Com as seguintes perguntas pretendemos perceber se se sentiu **satisfeito (a) ou experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
25	Está satisfeito (a) com as suas relações familiares?	1	2	3	4	5
26	Está satisfeito (a) com o apoio que recebe da sua família?	1	2	3	4	5
27	Está satisfeito (a) com o tempo que passa com os seus familiares?	1	2	3	4	5

		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
28	Sente que a sua família lhe dá valor?	1	2	3	4	5
29	Está preocupado(a) com a morte dos seus familiares?	1	2	3	4	5
30	Está preocupado(a) com o facto de vir a dar trabalho aos seus familiares?	1	2	3	4	5
31	Está preocupado(a) com o bem-estar dos seus familiares?	1	2	3	4	5
32	Está preocupado(a) com a saúde dos seus familiares?	1	2	3	4	5

E	<b>QUESTIONÁRIO DO ESTADO DE SAÚDE SF-12</b> (Pais Ribeiro, 2005)
---	--

Por favor, responda a cada uma das perguntas. Algumas perguntas são parecidas, mas de facto são diferentes. Não tenha pressa em responder e responda às questões cuidadosamente, assinalando (no quadrado à frente da pergunta) a resposta que melhor representa a sua opinião.

**Por favor comece a responder agora:**

1. Em geral, como diria que a sua Saúde é?				
Ótima	Muito Boa	Boa	Razoável	Frac
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua Saúde o (a) limita nestas atividades? Se sim, quanto?			
	Sim, muito limitado (a)	Sim, um pouco limitado (a)	Não, nada limitado (a)
a) <b>Atividades moderadas</b> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Andar <b>mais de 1 Quilómetro</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante as últimas quatro semanas, teve no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, como consequência do seu estado de saúde física?		
	Sim	Não
a) Sentiu-se limitado (a) no tipo de trabalho ou outras atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir, devido a quaisquer problemas emocionais [tal como, sentir-se deprimido (a) ou ansioso (a)]?		
	Sim	Não
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fez menos do que queria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente Nada	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. (Para cada pergunta, assinale o quadrado que melhor descreve a forma como se sentiu) Quanto tempo nas últimas quatro semanas:						
	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio de vitalidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Se sentiu muito nervoso (a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Se sentiu tão deprimido (a) que nada o (a) animava?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F	ESCALA DE AVALIAÇÃO ESPIRITUAL
---	--------------------------------

**Instruções:** Por favor assinale a resposta que melhor identifica a sua crença pessoal relativamente a cada afirmação (CT – concorda totalmente; C – concorda; I - indeciso; D – discorda; DT – discorda totalmente)

**A. Fé individual:**

1. Existe um Ser Supremo, ou Deus, criador da humanidade e que se preocupa com as suas criaturas.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

2. Sinto-me em paz com Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

3. Acredito que Deus toma conta de mim.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

4. As minhas crenças espirituais dão-me força e conforto.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

5. Acredito que Deus se interessa por todos os aspetos da minha vida.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

6. Confio o futuro a Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

7. As minhas crenças espirituais dão-me uma imagem positiva de mim e dos outros, enquanto membros de uma família.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

**B. Prática religiosa:**

8. Pertencer a uma Igreja ou grupo espiritual é importante para a minha vida.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

9. Sinto-me mais forte quando participo em cerimónias religiosas.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

10. Para além da participar em cerimónias religiosas, sinto-me feliz por participar em serviços de voluntariado e em outras atividades.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

11. Sinto-me apoiado por familiares e amigos que partilhem as minhas crenças religiosas.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

12. Sinto-me confortado e apoiado na partilha espiritual com um membro da Igreja ou um amigo, por exemplo.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

13. A oração em privado fortalece o meu relacionamento com Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

14. A leitura e a reflexão sobre assuntos religiosos ou espirituais ajudam-me a falar com Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_



**C. Conforto espiritual:**

15. A dor faz parte da minha vivência espiritual.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

16. Sinto-me “longe” de Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

17. Tenho medo que Deus não responda às minhas necessidades.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

18. Receio que Deus não perdoe certas coisas que fiz.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

19. Sinto-me revoltado contra Deus por permitir que aconteçam “coisas más” a mim ou às pessoas de quem gosto.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

20. Sinto que perdi o amor de Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_

21. Não acredito ser possível receber o amor de Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT \_\_\_\_\_



## **ANEXO 2 – Autorização Teste Curto de Pfeiffer**



Exm<sup>a</sup> Sr.

Professor Rogério Rodrigues

**Assunto:** Pedido de autorização para utilização da Escala de Pfeiffer validada para a população Portuguesa

**Nome do Investigador:** Maria Teresa de Mendonça Pinto do Amaral

**Tema do Projeto de Investigação:** Estratégias promotoras da saúde e qualidade de vida, dos idosos que vivem sozinhos depois dos 60 anos.

Como aluna do Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa - Porto, sob orientação da Professora Margarida Vieira, venho desta forma solicitar a autorização da utilização da Escala de Pfeiffer, na fase de colheita de dados do referido projeto, com a finalidade de proceder à avaliação cognitiva dos participantes do estudo.

Com os melhores cumprimentos

Peço deferimento

Porto, 20 de novembro de 2014

O Investigador



[Teresa Amaral]

Declaro, por o facto solicitado,  
que pode ser utilizado o  
instrumento acima referido.  
Votos de excelente trabalho.

Coimbra, 3 de Dezembro de 2014  
Prof. Manuel Clemente Pinheiro



### **ANEXO 3 – Consentimento informado**







CATÓLICA PORTO  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

## INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO

### INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO

**Investigadora:** Maria Teresa de Mendonça Pinto do Amaral, doutoranda do Curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa (Porto).

Contacto: 96-----

**Objetivo do estudo:**

Compreender como é que as pessoas que vivem sozinhas depois dos 80 anos lidam com as questões que se prendem com a sua saúde e qualidade de vida.

**A finalidade** é poder oferecer a ajuda mais adequada a estas pessoas de acordo com as suas necessidades, através de melhores cuidados de enfermagem, que possibilitem viver com mais saúde, qualidade de vida e maior autonomia, pelo maior tempo possível.

Para tal, é fundamental conhecer as dificuldades e estratégias utilizadas para fazer face às questões relativas à sua saúde e qualidade de vida, pelo que a sua colaboração nesta entrevista e no preenchimento de alguns instrumentos de avaliação, é muito importante.

**Confidencialidade**

Todos os dados colhidos durante a entrevista, serão tratados de forma confidencial e apenas utilizados no âmbito do estudo.

**Participação**

A escolha de participar neste estudo é voluntária. Se durante a entrevista decidir que não quer continuar a participar no estudo pode retirar-se a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência para si.

### CONSENTIMENTO

Reconheço que fui informada(o) das finalidades do estudo e acerca da confidencialidade dos dados colhidos. Fui advertida(o) quanto à participação no estudo e da possibilidade de me retirar do mesmo se assim o entender.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o mesmo.

Pelo presente documento, aceito participar no estudo.

Assinatura:

---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_